



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Laisa Naiara Euzébio de Sá

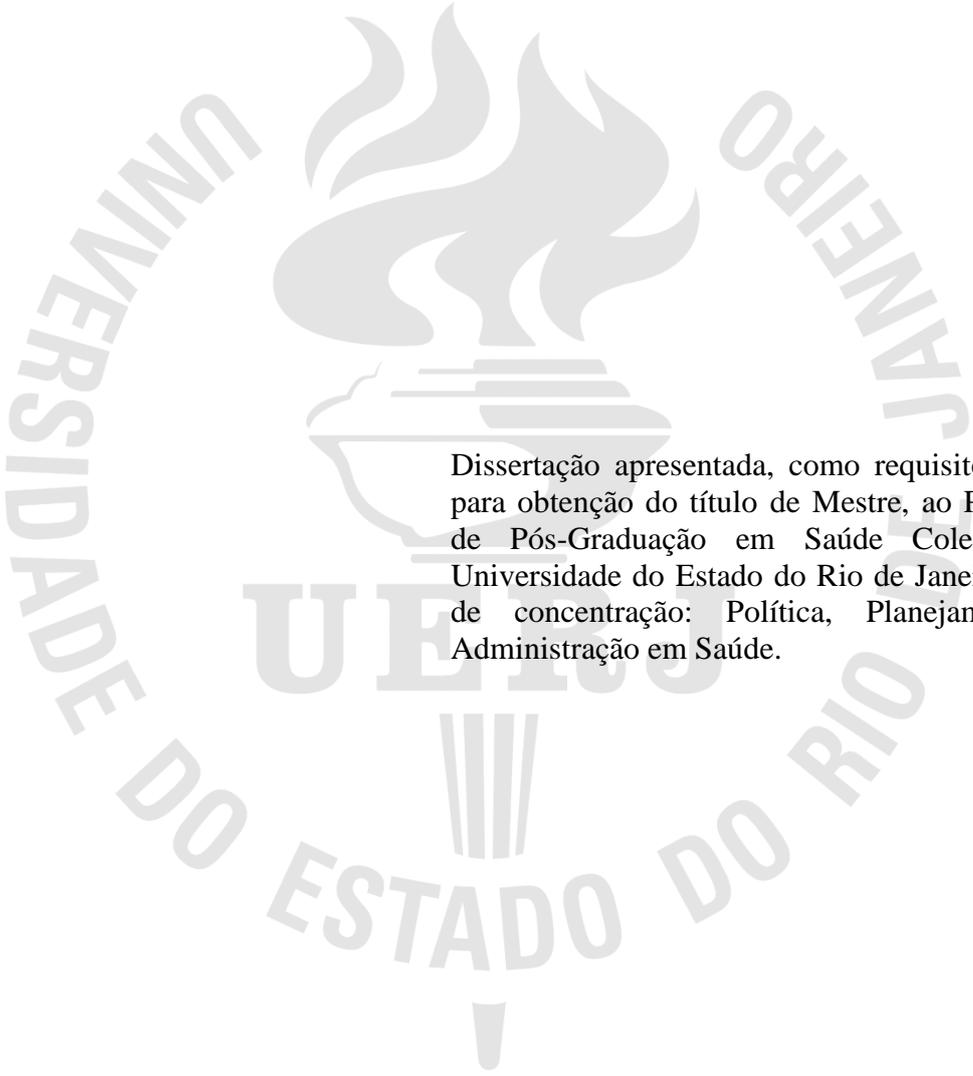
**A perspectiva dialógica na garantia do direito à saúde: análise de uma  
iniciativa da Defensoria Pública articulada às gestões municipais de  
saúde no Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Laisa Naiara Euzébio de Sá

**A perspectiva dialógica na garantia do direito à saúde: análise de uma iniciativa da Defensoria Pública articulada às gestões municipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S111	<p>Sá, Laisa Naiara Euzébio de</p> <p>A perspectiva dialógica na garantia do direito à saúde: análise de uma iniciativa da Defensoria Pública articulado às gestões municipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro / Laisa Naiara Euzébio de Sá – 2022. 85 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.</p> <p>1. Direito à saúde - Rio de Janeiro - Teses. 2. Judicialização da saúde – Teses. 3. Acesso aos serviços de saúde – Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. 5. Rio de Janeiro (Estado) - Defensoria Pública - Teses. I. Asensi, Felipe Dutra. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.</p> <p>CDU 614:342.7(815.3)</p>
------	---

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Laisa Naiara Euzébio de Sá

**A perspectiva dialógica na garantia do direito à saúde: análise de uma iniciativa da Defensoria Pública articulado às gestões municipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 20 de junho de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Adriano Rosa da Silva

Universidade Santa Úrsula

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Arthur Bezerra de Souza Júnior

Universidade Paulista (UNIP)

Rio de Janeiro

2022

## **DEDICATÓRIA**

Em memória da minha Vovó Maria!

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pela Sua infinita misericórdia.

Ao meu esposo Christian, que caminhou firmemente ao meu lado, grata por todo o suporte, pelo companheirismo, cuidado, compreensão diante de tantos desafios.

Aos meus pais que me proporcionaram acesso à Educação, pelo incentivo e interesse e por sempre terem feito o que lhes foi possível.

Aos familiares que torceram por mim, em especial à minha prima Jéssica.

Ao professor Felipe Dutra Asensi por aceitar o convite e pelas orientações fundamentais.

À amiga de grupo de pesquisa, professora e pesquisadora Isabella Tavares, por todo o incentivo, suporte e parceria, pelas trocas durante esse processo.

Aos amigos feitos durante essa caminhada, Bibi, Camilla, Gabi, João, Cassi e Ari.

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa por meio das entrevistas.

Obrigada!

## RESUMO

SÁ, Laisa Naiara Euzébio de. **A perspectiva dialógica na garantia do direito à saúde: análise de uma iniciativa da Defensoria Pública articulada às gestões municipais de saúde no estado do Rio de Janeiro.** 2022. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O advento da Constituição Federal postulou uma gama de direitos após um grande percurso de lutas sociais. O SUS traduz e demarca na área da Saúde a expressão do acúmulo de construções e reivindicações à luz da luta pela Reforma Sanitária. Nos anos de 1990 conviveu-se em um mixar de avanço da ideologia neoliberal caminhando de encontro às conquistas legais do processo de abertura democrática e ao mesmo tempo à luta por realizar as previsões legais dos direitos recém conquistados. Nesse ínterim chega a população uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde e aos insumos dessa política. Considerando esse contexto, iniciou-se um avolumar de ações e pleitos na esfera judicial, enquanto reivindicações do direito à saúde, passando o sistema judiciário a ser um meio expressivo para acesso. Processo esse que se por um lado revela o legítimo e saudoso acesso à justiça, também se traduz em aumento de custos para os estados e municípios e ainda a forma como vinha sendo conduzida era sobretudo por ações individuais, sem interlocução entre os serviços. Diante desse contexto, a proposta dos diálogos institucionais é fundamental. Sobretudo com o objetivo de o judiciário e saúde dialogarem na busca por soluções, preferencialmente, extrajudiciais na resolução de conflitos, no atendimento às demandas da população, com objetivo fim da garantia dos direitos. Sendo assim buscou-se analisar a experiência *Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Rio de Janeiro*, enquanto uma prática de diálogo institucional envolvendo instituição jurídica e de saúde que tem como objetivo aumento da busca por resoluções administrativas das demandas de saúde e por consequência a diminuição da judicialização.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Juridicização da Saúde. Diálogos Institucionais. Defensoria Pública.

## ABSTRACT

SÁ, Laisa Naiara Euzébio de. **The dialogic perspective in guaranteeing the right to health**: analysis of an initiative of the Public Defender's Office articulated with municipal health management in the state of Rio de Janeiro. 2022. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The advent of the Federal Constitution postulated a range of rights after a long journey of social struggles. The SUS translates and demarcates in the Health area the expression of the accumulation of constructions and claims in the light of the struggle for Sanitary Reform. In the 1990s, there was a mixture of advancement of neoliberal ideology, moving against the legal achievements of the democratic opening process and at the same time the struggle to carry out the legal predictions of the newly conquered rights. In the meantime, the population has a difficulty in accessing health services and the inputs of this policy. Considering this context, an increase in lawsuits and claims in the judicial sphere began, as claims for the right to health, with the judicial system becoming an expressive means of access. This process, on the one hand, reveals the legitimate and longing for access to justice, also translates into increased costs for states and municipalities, and the way in which it was being conducted was mainly through individual actions, without interlocution between the services. In this context, the proposal of institutional dialogues is fundamental. Especially with the objective of the judiciary and health to dialogue in the search for solutions, preferably extrajudicial in the resolution of conflicts, in meeting the demands of the population, with the objective of guaranteeing rights. Therefore, we sought to analyze the experience Building the SUS with the Public Defender's Office of Rio de Janeiro, as a practice of institutional dialogue involving a legal and health institution that aims to increase the search for administrative resolutions of health demands and, consequently, the decrease in judicialization.

Keywords: Right to Health. Judicialization of Health. Juridicization of Health. Institutional Dialogues. Public Defender's Office.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Demandas Judicializadas na Área de Saúde no Estado do RJ em Julho de 2020.....	32
Gráfico 2 -	Acordos Extrajudiciais Área Cível nos Anos 2006, 2007 e 2008.....	41
Tabela 1 -	Fluxo de atendimento CRLS interior .....	60
Figura 1 -	Diagrama de Atendimentos .....	61
Gráfico 3 -	Cobertura da Atenção Primária Nova Friburgo .....	62
Gráfico 4 -	Consultas Médicas Nova Friburgo .....	63
Gráfico 5 -	Internação Hospitalar Nova Friburgo .....	63
Tabela 2 -	Dados de Atendimentos Defensoria Pública Nova Friburgo – Saúde.....	66
Gráfico 6 -	Cobertura da Atenção Primária Bom Jardim .....	67
Gráfico 7 -	Consultas Médicas Bom Jardim .....	67
Gráfico 8 -	Internação Hospitalar Bom Jardim .....	68
Tabela 3 -	Dados de Atendimentos Defensoria Pública Bom Jardim – Saúde.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACP	Ação Civil Pública
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
Camedis	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissões Intergestores Tripartites
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
DPE/RJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MP	Ministério Público
NOB	Normas Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PGE	Procuradoria Geral do Estado
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RIO FARMES	Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJ/RJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para Infância

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1	<b>DIREITO À SAÚDE NO BRASIL</b> .....	16
1.1	<b>O Sistema Único de Saúde: construções ao longo da abertura democrática</b> .....	16
1.2	<b>Avanços e Desafios da Política de Saúde: considerações a partir dos anos 1990</b> .....	22
1.3	<b>Judicialização da Saúde</b> .....	29
2	<b>A PERSPECTIVA DIALÓGICA E O DIREITO À SAÚDE</b> .....	36
2.1	<b>A Juridicização da Saúde</b> .....	36
2.2	<b>Considerações sobre Diálogos Institucionais e saúde</b> .....	39
2.3	<b>Desafios e possibilidades de realização de diálogos institucionais no direito à saúde</b> .....	42
3	<b>DIÁLOGO INSTITUCIONAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO</b> .....	44
3.1	<b>Elementos constitutivos do processo de estudo: os procedimentos metodológicos e o campo da pesquisa</b> .....	44
3.2	<b>A iniciativa Construindo o SUS com a Defensoria Pública: a visão dos atores</b> .....	51
3.2.1	<u>A criação do projeto</u> .....	54
3.2.2	<u>Desenvolvimento do projeto</u> .....	58
3.2.3	<u>Município de Friburgo</u> .....	61
3.2.4	<u>Município de Bom Jardim</u> .....	66
3.2.5	<u>Possibilidades e limites do projeto</u> .....	70
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
	<b>ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	82
	<b>ANEXO II – Roteiro de Perguntas</b> .....	84

## INTRODUÇÃO

A Saúde universal e pública no Brasil, hoje um direito constitucional desmembrada em serviços e ações, foi uma conquista em meio a um processo de luta pela redemocratização do país e bandeira do movimento pela reforma sanitária.

Destaca-se a reforma sanitária ou movimento pela reforma sanitária enquanto forte influenciador nos processos, ações e projetos que resultaram na concepção de saúde ampla que temos nas legislações atuais. Um movimento com marcos iniciais em meados da década de 1970, pela democratização da saúde, que superasse o modelo biomédico, autoritário e privatista, que considera a realidade social a partir de um processo democrático amplo. Esse movimento em seu início além da participação popular por melhores condições de saúde e vida, também compôs a luta por direitos sociais democráticos teve participação de residentes, pesquisadores dos institutos de medicina preventiva e social e saúde pública à exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

O grande marco para o processo de conquista da saúde em seu sentido amplo e das conquistas legais e práticas desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 que entre os debates tiveram destaque as discussões em torno da saúde enquanto direito de cidadania e papel do Estado em sua efetivação, reformular o Sistema Nacional de Saúde e o financiamento. Tendo evidenciado a importância da incorporação do conceito ampliado de saúde como parte fundamental desse processo de reformulação.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi fundamental para o processo democrático e resultado da luta de diversos setores da sociedade pelos direitos sociais. Na carta magna, a Saúde está posta enquanto direito de todos e responsabilidade do Estado para execução de ações e serviços a serem prestados à população. É considerada um direito social ao lado de outros, ela compõe a Seguridade Social juntamente com as políticas de Previdência e Assistência Social, tendo o grande diferencial dentre as três por ser a única posta como direito de todos, sem condicionalidades<sup>1</sup>. A Saúde tem

---

<sup>1</sup>A Política de Assistência Social está direcionada “aos que dela necessitar” estando o acesso aos seus serviços condicionados a comprovação principalmente de renda. A Previdência Social é destinada aos trabalhadores (e seus dependentes) com vínculo formal de emprego e contribuições auferidas ao Instituto Nacional de Seguro Social (caráter contributivo). Para maiores aprofundamentos vide texto da Constituição Federal de 1988 Seções II Da SAÚDE; III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E IV DA

relevância e grande importância na CF/88 relaciona-se com e é fundamental para o exercício dos demais direitos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado em lei própria em Setembro de 1990. Essa legislação trata e esmiúça os princípios e diretrizes do SUS como universalidade e equidade. Em Dezembro do mesmo ano a lei 8.142 foi promulgada, ela trata principalmente da participação da comunidade no SUS, o que é fundamental considerando o processo democrático e os próprios eixos de fundamentos do SUS e ainda o exercício da cidadania.

Portanto, legalmente a saúde é compreendida de modo amplo, estando contidos na política princípios e diretrizes. Sabe-se que as garantias legais foram passos fundamentais, resultado de processos de lutas e grandes discussões sobre direitos e ampliação desse. Postas as garantias formais entende-se que as garantias reais de materialização do direito à saúde é um processo, no qual objetiva-se a concretização do acesso de todos, conforme suas necessidades, aos serviços da política de saúde.

A realização do SUS tal como previsto na lei contou com desafios em diversas esferas, política e econômica a nível Brasil e também com interferências internacionais e ainda a questão organizacional que em grande parte foram de encontro à ampla proposta do SUS.

A partir da década de 1990 a onda neoliberal chegou ao Brasil, a qual se traduziu, no campo das políticas sociais, em um ataque aos direitos conquistados, um grande pacote de medidas composto na área de políticas sociais pela redução de ações públicas, precarização dos serviços prestados, privatização de empresas estatais e no mundo do trabalho ocorreram alterações no mercado a exemplo do aumento da informalidade, polivalência, redução de equipes com enxugamento de pessoal, o que impacta diretamente no atendimento prestado e processos de trabalho sobretudo na área pública e de política social com a perspectiva de articulação, integralidade e processo. À esse contexto se nomeou contrarreforma do Estado.

No campo da saúde foram postos limites para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, passando a concorrer uma lógica outra, a da precarização e

privatização. Nessa conjuntura neoliberal, destaca-se a despolitização da participação social bem como a oferta de serviços que se dá de forma fragmentada, segmentando os usuários e dificultando projetos de construção na via da articulação entre serviços, integralidade e propostas mais universais.

Em que pese o contexto desfavorável às políticas públicas amplas, identifica-se o processo de descentralização na saúde como um avanço dessa área nos anos 1990, processo esse que ocorreu de forma político administrativa. As normas operacionais básicas criadas nesse período, apesar de não terem contemplado todos os limites enfrentados para implementação do SUS integral nessa década, foram fundamentais para concretização da descentralização, ao passo que promoveram organização e regulação desse processo.

Quanto à participação popular e construção institucional para o exercício dessa, foram criados os conselhos de saúde. Em relação aos serviços públicos de saúde, iniciou-se um crescimento da oferta e do acesso, o que não o tornou totalmente equânime. Importante lembrar o aumento dos agentes comunitários de saúde e da saúde da família.

Em se tratando de ação da rede houve também um aumento, ponto esse que está entrelaçado à progressão de estados e municípios, tendo sido criadas também nesse ano as comissões intergestores tripartites e bipartites.

Esse contexto de avanços e muitos retrocesso na Política de Saúde, passou a ter como consequência demandas de saúde da população não atendidas ou com respostas extremamente morosas, trazendo impactos negativos na saúde da população. A população passou a recorrer à justiça para resolução dessas questões. Importante e estratégico o papel no judiciário de órgãos comprometidos com a defesa dos direitos fundamentais, destacando-se o ministério público e defensoria pública.

A maioria das ações em saúde é individual (ASENSI; PINHEIRO, 2015), cuja resolução possui a centralidade no juiz e as respostas são pontuais e imediatistas. O aumento da judicialização da saúde não veio acompanhado na mesma medida de discussão sobre a prevenção dessa e teve um caráter individualizado. Há um impasse no cenário de demandas não resolvidas, que por vezes se repetem, gargalos na gestão e administração da saúde e judiciário por vezes impositivo, um contexto moroso, custoso,

de atuações “ilhadas” de ação e reação e ainda que nem sempre vai ao encontro de salvaguardar a efetivação do direito à saúde da população. Nesse sentido é importante rever esses processos e repensar novas possibilidades com vistas à garantia do direito à saúde pública e de qualidade.

Essa dissertação analisou um projeto de diálogo institucional na área do direito e saúde intitulado Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro iniciado no ano de 2015 e com vigência atual, tendo essa pesquisa o marco no ano do começo do projeto até 2021. O contexto de nascimento do projeto da DPE-RJ foi a partir da percepção de entes desse órgão do êxito da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde<sup>2</sup> na estabilização dos processos judiciais na área. Concluiu-se que era necessário maior investimento em outras iniciativas extra-judiciais, na tentativa de garantir o direito à saúde e diminuir a judicialização não somente na capital, mas também nos municípios do interior do estado.

O projeto em análise busca a resolução de conflitos extrajudicialmente, sem prejuízo da judicialização quando for necessária, a partir do diálogo institucional, estabelecimento de acordos e parcerias entre judiciário e gestão municipal. Para sua operacionalização a DPE-RJ criou em 2015 a coordenação de Saúde.

Essa experiência da DPE-RJ possui como foco estratégico de intervenção nos municípios, iniciando contato e aproximação entre judiciário e saúde a partir de reunião com gestores da Comissão Intergestores Regional (CIR), na qual representante da defensoria apresenta o projeto e faz a proposta de convênio. Em um segundo momento, a partir da adesão do município a DPE inicia coleta de dados sobre a oferta de serviços em saúde na localidade e realiza a “capacitação em Direito Sanitário” ao defensor público que atua naquela região.

A capacitação em saúde ofertada ao defensor público regional é fundamental, pois na maioria dos casos é somente um defensor atuando naquela região para o atendimento de demandas em diversas áreas, diferente da capital em que cada defensor

---

<sup>2</sup>Câmara de Resolução de Litígios de Saúde iniciou seus atendimentos em setembro de 2013. É um órgão do judiciário que possui parceria da Defensoria Pública do Estado, da Defensoria Pública da União, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, da Procuradoria Geral do Município e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Tem por objetivo atender os assistidos em demandas da saúde buscando resolução administrativa de modo a evitar o ajuizamento de ações. Diante da impossibilidade de responder a demanda administrativamente, o caso é encaminhado para Defensoria Pública para abertura de processo judicial (CRLS, 2014).

atua em uma área. A relação entre gestão e judiciário é muitas vezes conflituosa devido ao fato de algumas sentenças demonstrarem o desconhecimento da saúde local ou com questões complexas que afetam a alocação de recursos em saúde e um reordenamento do setor.

Embate ou um não diálogo entre gestão local e judiciário, não são raros, o que soma-se aos limites de concretização do SUS definido legalmente. Isso posto, entende-se que há um impasse no cenário de demandas não resolvidas, que por vezes se repetem, gargalos na gestão e administração da saúde e judiciário por vezes impositivo, um contexto moroso, custoso, de atuações “ilhadas” de ação e reação e ainda que nem sempre vai ao encontro de salvaguardar a efetivação do direito à saúde da população.

Foi proposto então pelos entes da DPERJ idealizadores do projeto um novo modelo de atuação do judiciário na saúde, a partir de diálogos institucionais entre instituição jurídica e política de municípios do interior do estado objetivando garantir o direito à saúde dos cidadãos atendidos, com soluções prioritariamente administrativas evitando a judicialização. Busca-se então a partir do estímulo a resoluções extrajudiciais na perspectiva do direito, promovendo a juridicização, conceito que se calca na discussão das demandas e conflitos à luz do direito, sem necessariamente judicializar, a partir de resoluções extra-judiciais (ASENSI, 2010, P.1).

O projeto da DPE/RJ atualmente tem convênio com quinze municípios, sendo seis desde primeiro ano de projeto e outros mais recentes, a saber: Duque de Caxias (desde 10/07/2015); Belford Roxo (desde 13/07/2015); Nova Iguaçu (desde 14/07/2015); Nilópolis (desde de 15/07/2015); Japeri (desde de 22/07/2015); São Gonçalo (desde de 01/10/2015); Vassouras (desde de 05/05/2016); Bom Jardim (desde de 30/06/2016); Nova Friburgo (desde de 30/06/2016); Silva Jardim (desde de 27/04/2017); Magé (desde de 04/05/2017); Paty do Alferes (desde de 06/06/2017); Miguel Pereira (desde de 20/06/2017); Campos dos Goytacazes (desde de 01/02/2018); Mesquita (desde de 06/04/2018). Durante o período de desenvolvimento desse trabalho em fase de pesquisa exploratória teve-se proximidade com desenvolvimento da experiência nos municípios da região serrana, a saber: Nova Friburgo e Bom Jardim.

Nesse sentido, foi analisado esse projeto em curso, enquanto exemplo prático de diálogo institucional e serão discutidos e problematizados, temas como a juridicização, o acesso à saúde e a perspectiva dialógica. Diante da crescente judicialização na área da

saúde no estado (capital e interior) sobretudo a partir dos anos 2000 com impactos na gestão em saúde e nos cofres públicos, é fundamental buscar novas possibilidades à luz do direito, como é o caso do projeto em questão, com vistas a salvaguardar o acesso à saúde.

Esse trabalho norteou-se a partir da questão: como o diálogo institucional desenvolvido entre os atores jurídicos e políticos no projeto construindo o SUS com a Defensoria Pública efetiva do direito à saúde?

Buscou-se abordar a juridicização da saúde e aplicação da perspectiva dialógica da saúde a partir do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública” implementado em municípios do interior do estado do Rio de Janeiro.

## **1. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Esse capítulo tratará sobre a política de saúde no Brasil a partir da construção e caminhos para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a conjuntura política, econômica e social do período de 1990 e os impactos na efetivação do SUS, é feita uma discussão acerca dos limites e possibilidades da política de saúde. Em parte final desse capítulo é apresentada a temática do acesso à justiça e judicialização da saúde como meios para garantia do direito constitucional.

### **1.1 O Sistema Único de Saúde: construções ao longo da abertura democrática**

A saúde é um direito complexo, amplo e relacional, pode ser partícipe de diversas linhas interpretativas, biomédica, economicista, etc. Para esse trabalho adota-se a conceituação de saúde posta nas legislações em vigor e entendo-a enquanto um direito social amplo e que deve ser defendido em sua complexidade. O marco temporal para se tratar da saúde optou-se iniciar pela década de 1970, sobretudo com o marco da reforma sanitária.

Em contexto nacional, nos meados da década de 1970 iniciou-se um movimento de luta na área da saúde, com concepções amplas, cujo objetivo era superar o modelo biomédico e implementar um modelo amplo de saúde. Esse movimento pela reforma sanitária teve participação de diversos setores da sociedade, população de base, residentes, instituições como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

#### **Pode-se dizer a Reforma Sanitária**

[...] foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articuladas ao movimento popular iniciadas em meados dos anos 70, com a distensão política e que tiveram maior ampliação na década de 1980, nas conjunturas descritas como abertura política e transição à democracia. A preocupação central da proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Como fundamentos dessa concepção destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e as conferências de saúde. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2007, p. 12).

A luta pautava-se em sua amplitude por melhores condições de vida, direitos sociais democráticos e saúde, o Estado em função da sociedade e com os fundamentos de ações integrais, universais, descentralizadas e com a participação popular.

Nesse momento histórico ficou evidente a importância dos movimentos sociais na luta pela garantia de direitos, nas palavras das autoras:

Se por um lado a conjuntura de crise econômica neste período tornou as políticas governamentais permeáveis a mudanças de efeito racionalizador, por outro o processo de democratização colocava em cena novos atores sociais pressionando o Estado por políticas sociais mais equitativas (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 180)

Devido sua amplitude a Reforma Sanitária Brasileira pode ser entendida enquanto proposta, projeto, movimento e processo, pois previu a reunião de políticas articuladas, objetivando a democratização articulou e expandiu para áreas ideológicas, culturais e políticas e pelo fato de não ter um fim datado e em si, sendo participando da totalidade social (BRAVO, 2007; PAIM, 2007).

Em 1978 ocorreu a nível internacional a Conferência sobre cuidados primários em saúde em Alma Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a Unicef. Os debates trataram da promoção em saúde mundial, indicando sobretudo a importância da aplicação nos países em desenvolvimento, tendo gerado enquanto documento final uma declaração aos países signatários, incluindo o Brasil. A OMS rompe com o conceito de saúde como ausência de doença e apresenta o entendimento de saúde enquanto completo bem estar físico, mental e social, colocando-a enquanto direito humano fundamental e afirma a responsabilidade dos Estados na garantia da saúde: “Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais”. (OMS, 1978, P. 2 item 5).

Dentre os aspectos trazidos no documento da OMS reitera a saúde enquanto direito e frisada a fundamentalidade desse, a partir desse entendimento é possível sua defesa e cobrança de ações práticas e por vezes prioritárias. A responsabilização do Estado que também está é imprescindível na construção de políticas públicas e traz a saúde no aspecto da proteção, prevenção, cura e reabilitação, palavras que refletem aspectos da integralidade e da cobertura esperada.

Em 1980, ocorreu um evento importante para essa área, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que teve como tema central “extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos”. Dentre as propostas e pressupostos visava-se além do

aumento da cobertura da assistência, definição da atenção primária como porta de entrada do sistema, integrar serviços, bem como participação da comunidade, dentre outras.

Em 1981, por meio de um decreto presidencial, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que, dentre as propostas apresentadas, apontou para a redução de gastos com serviço de assistência médica. No ano seguinte, o CONASP criou um plano com a proposta de reorientar a assistência da saúde previdenciária, tendo como estratégia as Ações Integradas de Saúde (AIS). As referidas ações não tiveram uma aplicação nacional uniforme, sendo os princípios pautados na universalização, prevenção, descentralização e democratização das decisões.

A VIII Conferência Nacional de Saúde também compôs o marco no processo para conquista legal de uma nova concepção de saúde. Ela aconteceu no ano 1986, teve como temáticas centrais: a saúde enquanto direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento. Os debates reiteraram pautas da Conferência de Alma Ata e principalmente do movimento pela Reforma Sanitária, ao pontuar a saúde como um direito amplo de cidadania, direito de todos a ser efetivado pelo Estado.

O compromisso legal nacional com uma perspectiva de saúde ampla, universal, enquanto direito de toda população e uma obrigação estatal ocorre constitucionalmente no Brasil em 1988, conforme os artigos abaixo extraídos da constituinte:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...] (BRASIL, 1988).

A constituição atual ficou conhecida como Constituição Cidadã, reconhece a saúde enquanto direito social ao lado de outros e adota uma concepção ampla de saúde, priorizando a prevenção, sem detrimento das ações curativas. Afirmar que o direito à saúde é de todos o relaciona com a concepção de cidadania, não havendo condicionalidades, essa conquista é advinda de um processo de discussões, organização e luta, sobretudo do movimento pela Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

Os preceitos da Reforma Sanitária foram levados à VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde propostas foram encaminhadas, a Constituição Federal de 1988 ao tratar da Saúde traz esse acúmulo de princípios e proposta, tendo ocorrido

negociações e pactuações, considerando que existiam correntes variadas de interesses, tendo apresentado então um texto constitucional possível ao momento.

Dallari (1988) afirma que o Direito à Saúde é partícipe dos Direitos Humanos e é fundamental para a garantia da dignidade humana, pontuando ser essa uma observação contemporânea. Em sua sustentação a autora expõe que o reconhecimento desse direito e a reclamação do mesmo são processos possíveis em uma sociedade democrática e com a participação popular. Importante observar a garantia do direito e do exercício dele.

A saúde entendida enquanto um direito social amplo, relacionada ao direito à vida e portanto em direito fundamental, é um conceito que não foi dado, e sim disputado, partiu da construção de um entendimento, sendo conquistado e demarcado legalmente. A concretização dessa perspectiva de saúde, sua realização em ações e serviços entende-se como um processo de superação do modelo restrito anterior (médico-assistencialista- previdenciário) e a qual até hoje encontra desafios, resistências, provando que as conquistas legais são fundamentais, todavia devem ser seguidas de processos contínuos de luta, planejamento e busca por caminhos de garantia do acesso à saúde.

Sobre as perspectivas de acesso em saúde, que ultrapassa a garantia legal, mas trata-se da realidade prática da garantia das previsões legais, as autoras apontam considerações importantes

ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA e FLEURY, 1996 P. 196).

Dallari (1988) reflete que a saúde é um direito complexo, há que se trabalhar o coletivo e o individual equilibrar-se entre liberdade e igualdade. Quando trabalha a saúde enquanto direito coletivo, a autora fala da importância do desenvolvimento do Estado para a garantia desse direito. Por fim, a autora coloca a aposta na municipalização enquanto estratégia para a realização do direito à saúde no Brasil.

Quando se discute saúde enquanto direito em seu sentido amplo, consideram-se importante as questões que irão influenciar e por vezes determinar a condição de saúde da população, como a situação de trabalho e renda, alimentação, moradia, educação, saneamento, lazer, acesso aos serviços de saúde, etc. Entende-se que saúde, portanto, é

um direito relacionado a demais, sendo fundamental a articulação (endógena) entre os serviços da política de saúde em seus diversos níveis e (exógena) com as demais políticas públicas para concretização desse direito. Nesse sentido, o acesso, a garantia ou se preferir, a efetivação do direito à saúde, envolverá e dependerá de diversos órgãos, sendo os marcos legais fundamentais, mas não se esgotando nesses, configurando-se um processo de luta constante. Para a realização desse ideal em saúde, é muito importante a organização e participação da população nos espaços representativos e das articulações institucionais tanto dos órgãos da efetivação dos serviços, quanto dos de planejamento e dos de fiscalização e proposição.

Todo acúmulo sobre concepção de saúde citado anteriormente é trazido na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) que data de Setembro de 1990 a que trata especificamente do SUS. Reitera as diretrizes previstas na CF/88 e trás os princípios do SUS como a universalidade, descentralização, acesso à informação, participação da comunidade, dentre outros. É reforçada a responsabilidade do Estado na promoção e garantia da saúde e a saúde é posta como direito fundamental (BRASIL, 1990).

Noronha, Lima e Machado (2008) ao discutirem os princípios e diretrizes do SUS, também os qualificam. O SUS tem como princípios a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*. Suas diretrizes são a *descentralização*, a *regionalização*, a *hierarquização* e a *participação popular*. Ressalta-se que na legislação são elencados outros, mas elenca-se aqui os pontos mais relevantes segundo que se considera mais importante, de acordo com os apontamentos dos autores.

Entende-se por *universalidade* o acesso com qualidade e para todos os cidadãos em todos os níveis de assistência, independe, portanto, da *complexidade*, *custo de natureza dos serviços*. Esse princípio se opõe ao antigo modelo de saúde adotado no nosso país em que o acesso aos serviços de saúde eram direcionados somente a determinadas categorias de trabalhadores.

A *integralidade* da assistência pode ser compreendida como em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, buscando garantir a resolutividade nas ações, com respostas abrangentes e adequadas para os usuários dos serviços, considerando o contexto e a realidade em que estão inseridos. Prevendo esse princípio também a integralidade exógena à política de saúde, sendo necessária portanto integralidade com outras políticas públicas nas quais as ações se relacionem com a questão da saúde.

A *equidade* é um princípio que se sustenta na igualdade com justiça social, sem preconceitos ou privilégios, ou seja, os indivíduos devem ser atendidos conforme suas

necessidades. É necessário o reconhecimento das diferentes condições de vida e saúde das pessoas e grupos populacionais para que esse princípio seja partícipe do planejamento e execução das ações e serviços de saúde.

A *descentralização*, associada ao comando único e em cada esfera do governo, é uma diretriz que aponta para a redistribuição das responsabilidades e prerrogativas financeiras, quanto a ações e serviços. Possui como propósito a democratização, bem como melhor eficiência e efetividade nas ações.

Já a *regionalização* implica na necessidade da rede de saúde e de seus equipamentos estarem distribuídos geograficamente, respeitando as realidades e necessidades sociais. Relaciona-se diretamente com a equidade e descentralização.

A *hierarquização* prevê que a rede de serviços deve ser organizada por nível de complexidade, sendo eles, primário (postos de saúde e clínicas da família, planejamento e prevenção, a porta de entrada), secundário (atendimento especializado), terciário e quaternário (hospitais municipais, gerais e de urgência e emergência), sendo competência do poder público as ações de vigilância sanitária, epidemiologia, saúde do trabalhador, ordenação de recursos humanos para saúde, saneamento básico.

A *participação popular* está relacionada ao controle social, entendido como o controle da sociedade sobre o Poder Público, ou seja, trata-se da participação da sociedade nos diferentes níveis de gestão do sistema (municipais, estaduais e nacional).

Sobre o contexto da política de saúde e seu avanço do âmbito legal, sobretudo pela conquista do SUS, Gerschman (2004) problematiza:

o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo. Desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população (GERSCHMAN, 2004, p.181).

Afirmar legalmente o direito à saúde e todo seu robusto aparato legal conquistado são fundamentais, contudo não são suficientes para seu pleno exercício, é necessário que o Estado crie meios para sua realização. É um processo também de luta e disputa e que em muitos casos conta com instituições jurídicas. Nesse sentido, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080/1990, é uma conquista fundamental, a partir da qual o direito à saúde pública e universal é previsto em lei. Entretanto, a realização desse direito e as nuances da política de saúde é um processo de avanços e

retrocessos, que com as particularidades dessa política, acompanham o contexto político, econômico e social do país.

### **1.1.2 Avanços e Desafios da Política de Saúde: considerações a partir dos anos 1990**

A partir da década de 1990 no Brasil no que tange às políticas sociais enfrentou desafios que resultaram na tão recente política de saúde ser materializada em um contexto de avanços e desafios.

Podemos sistematizar os principais avanços em:

- a) Descentralização
- b) Organização do SUS - NOBs
- c) Participação da sociedade
- d) Programas e serviços de saúde

Importante instrumento para realização do processo de descentralização e regulamentação desse foram as normas operacionais básicas (NOB). São portarias do Ministério da Saúde tratando da organização e regulação para operacionalização do SUS, foram primordiais para o processo de descentralização (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Talvez a conquista do processo descentralizador esteja ligado ao fato de não estar totalmente dissociado dos ideais neoliberais, ainda que com perspectivas diferentes, tornou-se um caminho possível ao momento, na palavra dos autores:

Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001, p.270).

Conforme os autores, houve um aumento da capacidade de gestão dos Estados e principalmente dos municípios. À nível de serviços houve um aumento da oferta pelo setor público, em que pese a permanência do acesso desigual, houve um alargamento do acesso às ações e serviços da política de saúde, estando nesse contexto ampliação dos agentes comunitários de saúde e saúde da família pelo Brasil.

Enquanto o segundo avanço apontado, a participação popular prevista pela lei 8.142 de 1990 trata, dentre outros, sobre os Conselhos e Conferências de Saúde. Tais

espaços, para além do controle social, expressam a tentativa de construção de gestão participativa, bem como tentativa de transcender a cultura clientelista, patrimonialista e personalista da política brasileira (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Foram estabelecidos também os Conselhos e as Conferências de Saúde com o objetivo do controle social, aqui entendido como controle da sociedade sobre o Estado em suas ações e serviços.

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, art.1º, parágrafo 1º e 2º).

O processo de descentralização em curso já no inícios da década de 1990 teve avanços, principalmente nos locais em que os governos estaduais e municipais estavam de fato alinhados e comprometidos com a proposta (GERSCHMAN, 2004).

Quanto à organização e gestão, foram criadas as comissões intergestores tripartites (CIT) e bipartites (CIB) com capacidade negociativa entre os três níveis de governo e decisória que ocorre por consenso, sendo submetida à fiscalização e deliberação dos conselhos de Saúde. A CIT teve relevância no processo de descentralização e no debate sobre recursos financeiros federais, possibilitou a participação dos estados e municípios na política de saúde. Tem em sua composição paritária representação do Ministério da Saúde, dos secretários estaduais e municipais de saúde, e ocorre desde 1991. A CIB atua desde 1993, tem formação paritária de representantes do governo estadual e representantes dos secretários municipais de Saúde, possibilita a construção da política estadual e o planejamento (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2008).

Na publicação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) de 2006, os autores afirmam que a política de saúde é central na defesa democrática e ter o controle social no rol dos princípios lhe confere uma característica de singularidade. Requer mudanças profundas para sua realização e interlocução com as demais políticas. Coloca essa política em um lugar de inovação histórica, pelas características próprias e por envolver e movimentar setores diversos da sociedade e do Estado nos processos de discussão, decisão e organização.

Os avanços a partir de 1990 foram traduzidos também em programas e serviços dentro da política de saúde tanto na área da prevenção como no enfrentamento de doenças, planejamento e ampliação de programas, atuação da vigilância em saúde, ações com impactos diretos em sobrevivência dos cidadãos, conforme bem sintetizam os autores Lima, Carvalho e Coeli (2018):

O **Programa Saúde da Família**, inicialmente restrito a poucos municípios, expandiu no território nacional atingindo cobertura de mais de 60% da população, com resultados positivos para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares. O **Programa Nacional de Imunizações**, cuja história remonta aos anos 1970, **ampliou a cobertura vacinal média de menores de um ano e incorporou novas vacinas** direcionadas a grupos populacionais específicos, como a vacina contra HPV (papilomavirus humano) para adolescentes e contra a gripe (influenza) para idosos. Em relação às ações de prevenção e tratamento da aids, destaca-se a **melhoria do acesso à terapia antirretroviral** que resultou em aumento da sobrevivência de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida e portadores da doença, bem como diminuição na incidência graças à baixíssima carga viral entre os portadores tratados. Estudos revelam ainda a abrangência e a **efetividade da política brasileira de controle do tabaco, que reduziu a prevalência de fumantes** de 29% para 12% entre homens, e de 19% para 8% entre mulheres, no período de 1990 a 2015. Mais recentemente, a **existência de um sistema de vigilância atuante** permitiu a detecção do aumento do número de casos de microcefalia e o levantamento da hipótese de sua associação causal com a infecção congênita pelo vírus Zika, que tiveram desdobramentos importantes para implantação de uma estratégia coordenada no controle da epidemia em âmbito internacional e nacional (LIMA, CARVALHO E COELI, 2018, P.1 grifos nossos)

Em relação a alguns desafios, podemos ressaltar:

- a) avanço legal não acompanhado pela efetivação política (GERSCHMAN, 2004, p.181)
- b) priorização do mercado em detrimento das políticas sociais
- c) individualização x coletividade

Em contrapartida aos avanços na área da Saúde, a partir de 1990 no Brasil os direitos sociais, as políticas públicas tiveram um processo de avanços e retrocessos. A década de noventa no Brasil foi marcada pela convivência entre democratização e liberalização econômica, com a hegemonia de uma agenda de reforma do Estado marcada pela ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação; por medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo público; por restrições à lógica abrangente de proteção social, com contenção de gastos e expansão da prestação privada de serviços sociais (BAPTISTA, MACHADO e LIMA, 2009)

Em relação às práticas governamentais na década de 1990 e o ideário norteador político-econômico, teve início a onda neoliberal no país que representou uma ameaça às políticas sociais, colocando em cheque a concretização de muitos direitos sociais conquistados recentemente na letra da lei.

[...] a ofensiva neoliberal que, também no Brasil, em nome da racionalização, da modernidade, dos valores do Primeiro Mundo etc., vem promovendo (ao arripio da Constituição de 1988) a liquidação de direitos sociais (denunciados como privilégios), a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a implementação sistemática de uma política macro-econômica que penaliza a massa da população (NETTO, 2009, p. 18-19) (grifo original).

A escolha por trazer algumas características dos governos brasileiros a partir de 1990<sup>3</sup>, está conectada a exemplificação das características e contradições supracitadas na implementação da política de saúde. Esse período é trazido para exemplificar, pontuando que os governos seguintes, com as mesmas ou diferentes roupagens, não abandonaram as características neoliberais e ideário capitalista, alguns com maiores investimentos em políticas sociais e estruturais e outros menos e alguns declaradamente comprometidos com o projeto neoliberal em detrimento de um compromisso social.

Collor (1990-1992) na época do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), os objetivos e manejo político deste governo destoava dos ideais do SUS enquanto uma política social de saúde ampla. Essas afirmações podem ser exemplificadas pela tentativa de veto ao avanço da organização da participação popular na Constituição Federal, tendo tido êxito a lei específica que trata dessa temática, somente a partir da articulação política. Durante seu governo também houve a aprovação de 2 NOBs cuja primeira, segundo avaliação de autores, tinham previsões que caminhavam ao encontro do retorno da centralização do curso financeiro (GERSCHMAN, 2004).

O governo de Itamar Franco iniciado no final de 1992 segundo GERSCHMAN, (2004) não implementou políticas articuladas colaborativas para o aprofundamento do processo democrático. No setor saúde a partir do ministro escolhido houve a tendência à municipalização e encaminhamento de propostas e encaminhamentos a despeito da implementação do SUS.

O segundo governo desse período foi o de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002) do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB) além das muitas privatizações, o governo FHC ficou marcado por iniciar o processo de contrarreforma

---

<sup>3</sup> Recupera-se para esse momento parte da publicação de Vieira; Sá (2020) em que também foram trazidos fragmentos de alguns períodos governamentais.

do Estado brasileiro, cuja bases estão contidas no Plano Diretor de Reforma do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob coordenação do então ministro Bresser Pereira. De acordo com este Plano, caberiam ao Estado as funções de coordenação e financiamento das políticas públicas em detrimento da execução destas. No que tange ao controle social, esse projeto defendia a diminuição do controle da sociedade sobre as ações do Poder Executivo (REZENDE, 2008).

Como reflexo do bombardeio à seguridade social, a saúde sofreu severos ataques no sentido de retrocesso das conquistas legais anteriores. Juntamente com educação, cultura e produção de ciência e tecnologia, a saúde estava incluída no setor chamado de *serviços competitivos* dispostos à livre iniciativa do mercado. Para este setor o Plano Diretor de Reforma do Estado

[...] propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de *direito privado, sem fins lucrativos*, que deveriam manter *Contratos de Gestão* com o Governo Federal, que entraria como patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a *pública não-estatal*. O Governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (OSs). (REZENDE, 2008, p. 26) (grifos originais).

A partir de então, vários municípios e estados do país começaram a transferir serviços de saúde para as OSs via contratos de gestão ou parcerias, a exemplo da cidade e do estado do Rio de Janeiro.

Posteriormente, em 1999, é instituída a lei que cria as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)<sup>4</sup>. O principal objetivo era a transformação das OSs em OSCIP e transferência de muitas ações governamentais para o setor privado.

As organizações supracitadas expressam o projeto privatizante do governo FHC e a tendência de enxugar o Estado, flexibilizar a força de trabalho e eliminar o controle social. Pode-se afirmar, no que diz respeito à saúde, que essas iniciativas vão de encontro aos princípios constitucionais e do SUS, princípios estes que responsabilizam o Estado pelo pleno exercício da saúde e orienta que a iniciativa privada pode ter participação apenas de forma complementar. Assim, nos termos lei, compreendemos

---

<sup>4</sup> Trata-se da Lei Federal n. 9.790, de 23 de março de 1999, que “dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências”.

que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL,1990, art. 2º) e que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (Ibid, art. 4º, parágrafo 2º).

Mesmo com a ressalva legal de garantia dos princípios do SUS, entende-se que a lógica aplicada é outra, quer dizer, é a lógica do mercado. Vale pontuar que a sociedade não ficou pacífica diante deste contexto, tendo ocorrido atuação de conselhos de saúde, federações, sindicatos, Frente Nacional contra Privatização da Saúde<sup>5</sup>, entre outros, e até mesmo do Ministério Público contrários a essas propostas.

Apesar da reabertura democrática e do avanço em leis que contemplam uma concepção ampliada de saúde e ainda o processo organizativo de ações e serviços, na prática, sobretudo a partir de 1990 com o avançar da ideologia neoliberal no Brasil, as políticas sociais passaram a ter desafios em sua implementação e a assumir uma tendência de focalização, descentralização e privatização (BEHRING, 2009).

O governo sucessor de Luis Inácio Lula da Silva (1993-2010) do Partido dos Trabalhadores (PT), também foi marcado pela lógica da focalização das políticas sociais, tendo como carro chefe o Programa Bolsa Família, de transferência de renda criado em 2003. Pontua-se que tal programa não se constitui em um direito, por ser um programa de governo.

Em relação à saúde apresentou permanências e algumas mudanças em relação ao anterior. Permaneceu o desfinanciamento; a ausência de esforço para concretização da Seguridade Social e a focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos.

Quanto às inovações trazidas pelo governo Lula na saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, com o objetivo de formação de recursos humanos para saúde e regulamentação profissional e do mercado de trabalho nesta área. Em relação ao fortalecimento do controle social nesta área, criou-se a Secretaria de Gestão Participativa.

Sobre a saúde neste período, Bravo (2006, p. 20) conclui que “a ênfase das ações estão em programas *focais*. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (grifos originais).

---

<sup>5</sup> Composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta pelo SUS público, estatal e de qualidade.

Após o fim do segundo mandato de Lula, é eleita Dilma Rousseff (PT), no que tange a iniciativas na área da saúde, em 2011, é criada a Rede Cegonha, responsável pela atenção à saúde de grávidas e puérperas, e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, com a oferta de medicamentos de hipertensão e diabetes em farmácias da rede privada conveniada. Outra medida governamental do período foi a ampliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), unidades que reforçam o modelo hospitalocêntrico e na sua implementação apresentam como característica o não investimento em formação e educação profissional e a terceirização e precarização de trabalhadores (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em relação à lógica de continuidade do governo anterior, deu-se seguimento ao projeto da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Projeto de Lei (PL) n. 1749/2011, que consiste em uma empresa pública de direito privado para reestruturação dos Hospitais Universitários (HU's). Esse projeto está ligado não só a privatização da saúde, mas também da educação, uma vez que os HU's unidades não só de assistência, mas também de ensino e pesquisa e com a entrada dessa gestão não pública, a lógica que impera é a do grande capital, em detrimento do projeto e diretrizes dos Hospitais Universitários.

Durante o governo Temer (2016-2018) do PMDB na análise de Bravo e Pelaez (2020) houve um aprofundamento das medidas contra-reformistas e contrárias aos direitos constitucionais, na área da saúde utilização desculpa de incapacidade financeira do Estado e a proposta de planos de saúde populares. Quanto ao financiamento, necessário para implementação das políticas públicas, mais uma vez o avanço foi colocado em cheque, pois foi feita a emenda constitucional (EC) 95 de 2016 que instituiu um novo regime fiscal e prevê o congelamento de gastos o Estado com políticas sociais (incluindo política de saúde) durante 20 anos. Medida essa que traz consequências previstas por Vieira e Benevides (2016):

a) desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d) desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil (VIEIRA E BENEVIDES, 2016, P.4).

Bravo e Pelaez (2020) demonstram práticas governamentais no período que apontam para sucateamento da política de saúde, ataque à estratégia de saúde da família, na tentativa por exemplo de pensar as unidades sem agentes comunitários de saúde nas equipes multiprofissionais. Outro ponto são os ataques à política de saúde mental com bases pró reforma psiquiátrica, com proposições que vão de encontro a essa base.

A respeito da condução e postura adotada pelo atual presidente, Bolsonaro (início em 2019, eleito pelo PSL) Bravo e Pelaez (2020) abordam sobre aprofundamento do processo de desmonte e contra-reformas, sendo marcado pelo liberalismo em altíssimo nível; descomprometimento com a ciência; desprezo à participação popular, a qual é parte da democracia, fortalecimento do setor privatista. Conduções federais que vão de encontro aos princípios e diretrizes do SUS. Nesse período de crise sanitária mundial de pandemia a condução política, nas palavras das autoras:

não considera as evidências científicas, oculta dados, naturaliza as mortes e provoca a flexibilização das medidas recomendadas pela ciência e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em nome do mercado (SOARES, CORREIA, SANTOS, 2021, P.119)

Nessa conjuntura neoliberal, destaca-se a despolitização da participação social bem como a oferta de serviços que se dá de forma fragmentada, segmentando os usuários. Percebe-se um esvaziamento da dimensão política, privilegiando-se a dimensão de gerência em detrimento à dimensão de gestão, a relação custo / efetividade em detrimento à eficácia social e a promoção, por parte do Estado brasileiro da desarticulação das dimensões econômica e social da política de saúde (COHN, 2009).

Esse contexto de avanços e retrocessos no cenário político, social e econômico no Brasil a partir de 1990, implicou ao SUS uma realidade prática de ambiguidades e contradições. Gerou um cenário de não contemplação das várias demandas pelos serviços e insumos da saúde pública ou uma morosidade na resposta aos usuários, por exemplo com determinada cirurgia, vaga em hospital especializado, dentre outros, ou seja, a dificuldade e em alguns casos o não acesso.

Diante desse contexto, muitos cidadãos passaram a recorrer à justiça para reivindicar a resolução de suas demandas em saúde. Cenário esse que reflete a dificuldade de concretização do SUS tal qual previsto na legislação; o reconhecimento dos cidadãos da saúde enquanto um direito, portanto passível de ser reivindicado e um ampliar do acesso à Justiça, por instituições como a Defensoria Pública.

### 1.3 Judicialização da Saúde

A judicialização da saúde no Brasil tem início em 1990 principalmente com o pleito de ONGs e cidadãos com HIV por medicamentos e exames para esse público.

As demandas são principalmente individuais, especialmente no caso de ações em que se pleiteia o fornecimento de medicamentos para portadores de vírus HIV, o que inclusive estimulou a aprovação da Lei 9.313/96, que determinou o fornecimento obrigatório e gratuito, pelo SUS, de medicamentos a todos os portadores do vírus HIV. O movimento de defesa dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV ecoou no plano internacional, destacando-se o protagonismo do Brasil quanto à iniciativa, na Comissão de Direitos Humanos da ONU, de propor uma resolução considerando o acesso a medicamento para os portadores de AIDS, malária e tuberculose como um direito humano fundamental, o que acabou por contribuir para o pleito da quebra de patentes de medicamentos para a AIDS, no âmbito da OMC (BUISSA;BEVILACQUA; MOREIRA, 2018, p. 37- 38)

Os avanços foram grandes nessa área não só por atender ao pleito, mas a política de HIV/aids avançou e o tratamento medicamentoso alcançou um nível exclusivamente público. Posteriormente o processo de litígio em saúde se expandiu para outras áreas. (BAPTISTA, MACHADO E LIMA, 2009).

Sobre judicialização da saúde, Gotijo (2010) refere que a temática trata de demandas judiciais avolumadas solicitando medicamentos, exames e procedimentos no SUS e que é partícipe do contexto em que a assistência à saúde é precária e insuficiente. O autor avalia que as decisões dos magistrados são pontuais, sem observância ao amplo direito à Saúde e que as ações judiciais na área podem ter impactos no orçamento com comprometimento estatal e nesse sentido coloca ao magistrado a incumbência de investigar os efeitos de sua decisão no orçamento público. Quanto à responsabilidade de entes sinaliza também que seria ideal se nas prescrições médicas os profissionais da saúde já fossem dentro da disponibilidade de fármacos do SUS e dos previstos pelo Ministério da Saúde.

O autor aponta os efeitos não positivos da judicialização como aumento da desigualdade dentro do sistema e privilegiamento de grupos com maior possibilidade de reivindicar seus direitos e ainda que o saúde e o judiciário poderiam não ter meios para responder á demandas mais complexas e ainda que provocam impactos na gestão do SUS. É sinalizado também que principalmente no início o judiciário demonstrava desconhecimento de temáticas da saúde em seus processos decisórios (idem).

Machado (2008) pontua que há duas correntes de pensamento sobre a judicialização, a saber: a avaliação desse processo como um obstáculo para o desenvolvimento da cidadania e a interpretação de que a participação de instituições jurídicas na garantia dos direitos é partícipe do alargamento da cidadania.

A judicialização da saúde é caracterizada por um processo multidisciplinar, que envolve atores de todos os poderes e sociedade civil organizada, abrangendo aspectos sociais, sanitários, políticos, éticos e jurídicos, tendo, portando múltiplas dimensões de análise (PANDOLFO et al., 2012). Moraes (2016) relaciona a existência de cinco dimensões para análise da judicialização:

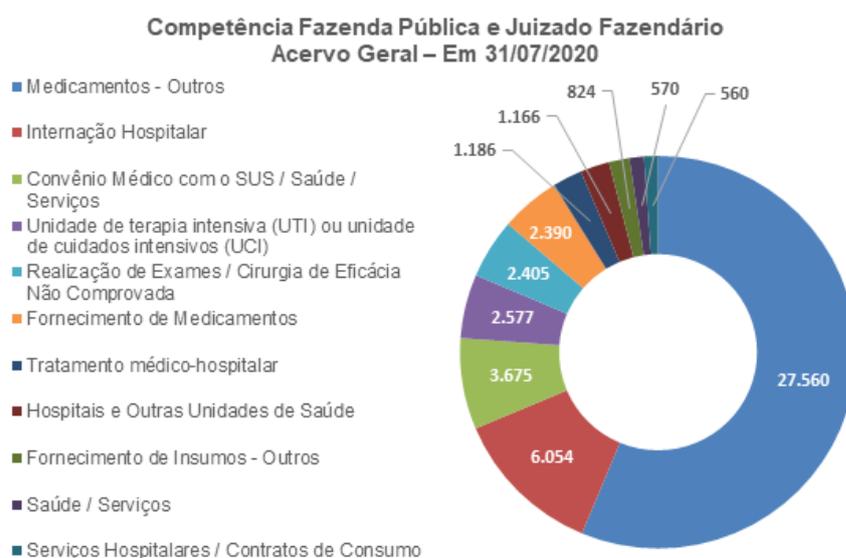
(1) **sóciodemográfica**, que contempla a análise do perfil demográfico, econômico e social dos demandantes do acesso à saúde; (2) **processual**, que inclui as características dos litígios, o tipo de acesso à justiça (privada ou via ministério público), as categorias de processos e sentenças, instâncias do Judiciário, dentre outras; (3) **Sistema Único de Saúde (SUS)**, que contempla (a) as políticas de saúde pública, (b) o acesso proporcionado aos pacientes nos âmbitos da saúde municipal e estadual, (c) o gerenciamento dos processos de judicialização pelos gestores do SUS, e (d) o orçamento dos municípios, estados e União; (4) **médico-sanitária**, que envolve os representantes da indústria farmacêutica e os profissionais da saúde; e (5) **a dimensão político-administrativa**, que contempla as funções do Tribunal de Contas, do Legislativo, Judiciário e da Advocacia Geral da União. (grifo nosso) (Moraes, 2016).

O processo de judicialização da saúde teve um crescente nos anos 2000, sobretudo em demandas individuais e um dos impactos desse fenômeno é no orçamento público, principalmente municipal, passando a questão de financiamento e custos ganhando relevância no debate. Quando cumpre-se uma sentença judicial não é necessário processo licitatório o que pode refletir negativamente na organização do orçamento e na operacionalização e dos serviços de saúde, passando por cima de determinados protocolos estabelecidos (RAMOS, 2015).

Pesquisa do CNJ indica um aumento de 130% nas demandas judiciais em matéria de saúde entre 2008 e 2017 e aumento em 50% no total dos processos judiciais. Dados de Julho de 2020 do comitê de saúde do TJ-RJ, dentre as demandas judicializadas aparecem em maior número os pleitos por medicamentos, internações hospitalares e insumos de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019); (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020). Judicialização essa que tem por característica ainda ser muito decisória, centralizada no juiz, não necessariamente pré-existindo avaliação dos impactos da decisão.

Dados do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro referente ao mês de Julho de 2020 demonstram a judicialização no estado teve como maior número de demandas medicamentos seguido de internações hospitalares:

### Gráfico 1 – Demandas Judicializadas na Área de Saúde no Estado do RJ em Julho de 2020



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

A análise das principais demandas dispostas na figura acima, coincide com o *foco curativo nas demandas* expressão utilizada por Asensi e Pinheiro (2015) ao analisarem características conciliantes em seis tribunais de justiça<sup>6</sup> em uma das principais demandas também era por medicamentos, revelando um dos aspectos da judicialização da saúde no Brasil, Segundo os autores: *a judicialização da saúde ainda versa sobre uma dimensão bastante parcial de todas as ações e serviços de saúde que devem ser prestadas pelo poder público* (ASENSI E PINHEIRO, 2015, P. 43).

Outra característica da judicialização da saúde no país é o perfil mais individual em detrimento de ações coletivas, o que pode estar relacionado ao custo das ações e a visão mais restrita de direito à saúde, tanto por parte dos usuários, quanto dos magistrados e uma concepção reducionista do próprio processo de judicialização.

<sup>6</sup> São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul e Acre.

*“Na maioria dos casos, na judicialização do direito à saúde, não se discute a qualidade dos serviços prestados, mas, sobretudo o acesso a esses serviços, o seu alcance e a sua cobertura”* (BUISSA;BEVILACQUA; MOREIRA, 2018, p. 37)

Afirma-se a legitimidade da democratização do acesso à justiça e a resolução de demandas individuais.

O acesso à justiça para a proteção da saúde tem sido percebido como um exercício democrático e legítimo dos direitos sociais de titularidade dos cidadãos. Isso, porque o acesso às instâncias judiciais passou a ser compreendido como uma forma de garantia dos direitos à saúde (SANT’ANA, 2018, P. 81).

Contudo, problematiza-se que as respostas do judiciário são em sua maioria micro, pontuais, sem implicações no todo, e sem promover o alargamento do acesso a todos. E nesse ponto elucidam Ajouz e Cavalcante ao afirmarem que nas ações individuais *se negligencia a inata feição coletiva dos direitos sociais, de que fazem parte as prestações sanitárias*. AJOUZ; CAVALCANTE (2015, p. 16-17). Já no que tange às ações coletivas, apesar de se avaliar reducionista revela o poder que tais ações podem ter no sentido de força política, os autores pontuam ser

[...] uma possibilidade no que tange ao aperfeiçoamento da política pública, pois as ações coletivas proporcionam um debate amplo sobre a própria, permitindo assim uma discussão sobre o custo benefício da implementação de novos tratamentos. É sadio para extensão da democracia esse tipo de certame, pois ajuda a renovar e a repensar sistemas obsoletos, além de dar espaço para a proposição de novas soluções. As ações coletivas podem ser uma boa alternativa para calibração de sistemas que jazem, há muito tempo, desregulados. (AJOUZ, CAVALCANTE, 2015, P. 17).

Observa-se uma ausência de interlocução e um distanciamento entre judiciário e saúde, uma demanda da saúde e uma determinação judicial de cumpra-se, por vezes sem conhecimento mais elaborado de tal demanda, de como funciona a organização da política de saúde, quais as possibilidades disponíveis. E muitas das vezes esse procedimento gerando impactos, sem continuidade na prestação dos serviços, multas diárias em valores altos, forçando um reordenamento a partir da decisão judicial e sendo esse cenário crescente, somente dessa forma, começando a dar sinais de esgotamento, ao passo algumas demandas mesmo com intermédio da justiça seguiam com morosidade na resolução, municípios alegando impossibilidade de pagamento das multas acumuladas, etc.

Diante do aumento da judicialização da saúde no país, do avolumar de ações nos tribunais e dos impactos causados, aumentaram os estudos e pesquisas sobre a temática

e o judiciário passou a expandir a discussão e a criar ferramentas e dispositivos para lidar com a crescente de litígios na área tendo havido também iniciativas por parte da Saúde.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no ano de 2010 lançou a recomendação nº 31 no mês de Março, a qual, sob o argumento de maior eficiência nas resoluções judiciais na área da saúde orienta atuação de tribunais e magistrados. As recomendações aos tribunais estimulam a criação de convênios para apoio técnico de profissionais médicos e farmacêuticos aos magistrados. Abrangendo também a capacitação em direito sanitário e exigência de conhecimento mínimo na área. Sendo indicada ainda uma aproximação de magistrados com as instituições que operam saúde e fiscalizadores dessa política, nos moldes de vistas a reuniões de conselhos de saúde e unidades de saúde pública (BRASIL, 2010 a)

Também em 2010, em Abril, o CNJ instituiu o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde com vistas à realização de estudos e normativas com fim de dar efetividade aos processos judiciais e evitar novos. A justificativa do órgão foi não somente o grande número de ações na área do direito à saúde, mas também a diversidade e ainda a pontuação a despeito do elevado gasto e impacto no orçamento público.

No ano de 2013 no âmbito do Distrito Federal houve a criação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) a partir de um acordo entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Defensoria Pública. O objetivo é evitar ações judiciais e para isso a Camedis faz a mediação diante de demandas na área da saúde e ainda buscar a conciliação para as ações em processo (BRASIL, 2013).

Em 2016 o CNJ determinou para cada estado a criação de Comitê de Saúde para fornecer suporte técnico aos tribunais na criação do Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) os quais são constituídos de profissionais da saúde que têm a incumbência de elaborar pareceres técnicos. Avalia-se um reconhecimento do judiciário da sua limitação em pensar somente com critérios jurídicos questões de saúde e a possibilidade de a partir dos pareceres técnicos ter subsídios para decisões mais assertivas.

No âmbito do Ministério da Saúde, em 2017 foi criado o Núcleo de Judicialização com objetivo de organizar e promover o atendimento das demandas judiciais. Faz parte da proposta a emissão de relatórios periódicos dos processos após análise, dando subsídio à consultoria jurídica.

O Ministério Público (MP) é uma instituição que ganha relevância devido sua possibilidade de atuação extrajudicial não precisando ser provocado por um pleito, podendo agir espontaneamente, utilizando, por exemplo o termo de ajustamento de conduta (TAC). Trata-se de um acordo firmado entre MP e a parte violadora do direito para cessar a violação. Esse órgão responsabiliza-se por ações coletivas, não sendo possível evitar o litígio, um instrumento utilizado é a ação civil pública (ACP) (MACHADO, 2008).

O papel e a funcionalidade do MP no resguardar os direitos e sua possibilidade de agir antes do litígio judicial e ainda com o caráter reflexivo e investigativo abre espaço para discussão de estratégias e resoluções de demandas extrajudiciais e dialógicas também em outras instâncias e órgãos do poder judiciário (ASENSI, 2010).

A discussão sobre a judicialização em sua maioria se refere a um judiciário estático e decisório e que age quando provocado. Há aqueles que tratam de outras instituições jurídicas como MP e Defensoria Pública, contudo com o reducionismo de tratar esses órgão apenas como proponentes de ações judiciais. Asensi, 2010 ao discutir essa temática traz o conceito de *juridização da política* como um novo modo de atuação e de pensar sobre as instituições jurídicas na garantia de direitos e implementação de políticas públicas. Há uma maior valorização do diálogo institucional, à luz do direito e um maior protagonismo dessas instituições jurídicas em sua potencialidade de atendimento as demandas extra-judicial em uma ação prioritariamente preventiva e propositiva, evitando desse modo a judicialização (ASENSI, 2010).

## 2. A PERSPECTIVA DIALÓGICA E O DIREITO À SAÚDE

Esse capítulo trará questões acerca da perspectiva dialógica sua relação e aplicabilidade no âmbito do direito à saúde e para esse fim será abordada tanto aspectos da chamada juridicização da saúde no primeiro subcapítulo, seguido pelas apreensões acerca dos diálogos institucionais.

### 2.1 A Juridicização da Saúde

A juridicização pode ser entendida como “um processo de formalização fundado sobre uma extensão do direito positivo para a regulamentação das relações sociais, sobretudo fora dos tribunais” (PELISSE, 2015; ASENSI e PINHEIRO, 2012; XIMENES, 2016; BOAS, 2020). Segundo Ximenes (2016) a juridicização como a presença do Direito nas relações sociais, que consolida a resolução extrajudicial dos conflitos de interesses, e interpreta acontecimento inerente aos órgãos essenciais à função jurisdicional (MP e DP) para a deliberação dos conflitos pela via consensual.

Boas (2020) descreve que a terminologia de juridicização é compreendida de acordo com a origem dos autores que a empregam: *juridicisation* entre os autores francófonos e *juridicalization* entre os anglófonos. Enquanto a judicialização é conhecida como *judiciarisation* entre os autores francófonos e *judicialization* entre os anglófonos. Enquanto para Teubner (1987) o termo juridicização (*juridification*) é atribuído a *legal pollution* – uma proliferação da presença das leis.

Commaille e Dumoulin (2009) salientam que embora a judicialização e a juridicização sejam fenômenos que gerem relações semelhantes, eles não podem ser confundidos. Quanto às semelhanças, Boas (2020) destaca que ambos os processos (judicialização e juridicização) são objeto de especial atenção da “sociologia política do

direito”, que os associa às mudanças do “regime de legalidade” nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Asensi (2010) esclarece que a juridicização são conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais pelo MP, enquanto a judicialização são conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual.

Teubner (1987) destaca que noções de juridicização contêm quatro dimensões de análise conceitual: *legal explosion*; *expropriation of conflict*; *depoliticization*, e *materialization*. A *legal explosion* refere-se a uma questão de crescimento numérico de leis, a *expropriation of conflict* relata o processo onde os conflitos humanos são re-tirados do seu contexto e transformados em objeto de processo judicial; a *depoliticization* expõe a formalização das relações, o que retira do campo do debate político a solução dos conflitos; e a *materialization* que restringe o espaço de manobra para movimentos sociais e grupos de interesse.

Desta forma, seja qual for a dimensão abordada deve se levar em conta a presença do Direito nas relações sociais: seja por intermédio da judicialização, seja pela discussão de conflitos sociais utilizando a linguagem dos direitos (XIMENES, 2016).

Asensi (2010) exalta que a atuação das instituições jurídicas não fica restrita somente ao processo de judicialização, demonstrando a existência de outras práticas desenvolvidas pelas instituições jurídicas para discussões sobre os conflitos e as relações sociais. Isso sinaliza um movimento de juridicização, que em um contexto político prevalece a busca pelo diálogo entre os diversos atores envolvidos em prol da resolução consensual dos problemas (ASENSI, 2010).

Ximenes (2016) alerta sobre a possibilidade de “banalização” da judicialização, por mais que a judicialização política e das políticas públicas apresentem perspectivas positivas, o contínuo aumento da judicialização pode gerar desgastes como o crescente custo com demandas judiciais, a obrigatoriedade de atendimento imediato que algumas vezes sem viabilidade de cumprimento, como nos casos de fornecimento de medicamentos inexistentes no Brasil, sem registro na Anvisa e com determinação de entrega em 24 horas que em muitos casos pode envolver alta inversão de recursos

financeiros e responsabilização pessoal do gestor, entre outros problemas (AMARAL, 2018).

Entre os principais desafios, torna-se necessário firmar práticas e culturas inovadoras no âmbito do SUS, que enfrenta dificuldades para atender seus princípios, principalmente, frente à crescente demanda e o ambiente de crise. Isso é possível através de ações dos setores de saúde e de justiça, que possam superar as limitações de ambos os sistemas e respondam às demandas individuais judiciais e preservem e recuperem a saúde da pessoa (POLAKIEWICZ & TAVARES, 2017).

Polakiewicz e Tavares (2017) salientam que a juridicização no contexto da saúde ocorre através da adequação das instituições jurídicas por meio de práticas que permitem a resolução de problemas sem a utilização de processos de judicialização. Amaral (2018) salienta que a juridicização da saúde é um fenômeno que emerge para solucionar os problemas estruturais da institucionalização do SUS. As estratégias de juridicização utilizadas em diferentes países direcionam variadas práticas, como por exemplo: ampliar os espaços de discussão entre os diversos atores sociais; formulação de normas e parâmetros técnico-científicos; fortalecimento dos sistemas de saúde, melhorando o acesso e a qualidade da atenção (AMARAL, 2018). Para Asensi e Pinheiro (2015) entre as principais práticas de juridicização estão: a criação de espaços de diálogo; fomento de ações que possibilitam a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação; gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde em um foro comum; entre outras práticas (ASENSI e PINHEIRO, 2015).

As práticas de efetivação de direitos não podem ser creditadas exclusivamente ao Poder Judiciário, sendo também realizadas pelo MP e DP, ainda assim, o Poder Judiciário procede por modos extrajudiciais que visem o diálogo fora dos autos do processo (ROCHA et al., 2014). Asensi e Pinheiro (2009) evidenciam a eficácia do MP como articulador na resolução de conflitos, por meio da conciliação dos direitos garantidos constitucionalmente às práticas sociais. Os autores ainda analisam que o MP desempenha uma função essencial em ao menos cinco dimensões no âmbito da juridicização da saúde:

“o que está em pauta num contexto de judicialização é o monopólio do poder de legislar (Ferejohn, 2002, p. 17-18); ao passo que num contexto de juridicização também se objetiva estabelecer estratégias de execução proativa de políticas públicas, de modo a consolidar recursos, diretrizes e compromissos a serem implementados num dado tempo pactuado; – a

judicialização da política possibilita a proeminência do Judiciário na definição de direitos sem incorporar critérios sociais substantivos, pois pode configurar uma relação entre Judiciário e Estado de moldes providenciais (Werneck Vianna et al, 1999, p. 43); ao passo que na perspectiva de juridicização a incorporação da sociedade civil se constitui como pressuposto para a formulação de consensos que sejam efetivamente plurais; – num contexto de judicialização da política, cujo principal indicador no Brasil é o controle de constitucionalidade, há uma ampliação da comunidade de intérpretes, porém ainda muito restrita aos órgãos de cúpula, tais como o Supremo Tribunal Federal e os Tribunais Superiores; ao passo que num contexto de juridicização se observa uma maior pluralidade de atores e instituições no processo de interpretação constitucional, que não se restringe somente à interpretação oficial, geral ou abstrata de um tribunal; – num contexto de judicialização, se observam demandas que chegam a um Judiciário sob forte influência do princípio da separação de poderes e da adesão ao direito sob forma de códigos (Werneck Vianna et al, 1997, p. 12); ao passo que num contexto de juridicização se observa um cenário que busca, por princípio, considerar as especificidades dos contextos em que as demandas estão inseridas para estabelecer estratégias mais efetivas para a satisfação de tais demandas.” (ASENSI e PINHEIRO, 2009 pág. 147, 148).

Portanto, o processo de incorporação das práticas de juridicização tende a crescer gradualmente dentro do Poder Judiciário, não é uma ação estabelecida automaticamente, mas gera uma enorme importância por afetar a sociedade, ao atribuir um aumento na litigância de temas de cunho constitucional e caráter coletivo (XIMENES, 2016).

## **2.2 Considerações sobre Diálogos Institucionais e saúde**

O diálogo institucional prevê discussões e interações entre instituições jurídicas e política, na compreensão de que não é exclusividade e centralidade do judiciário decisões acerca de direitos constitucionais, tratando-se de uma perspectiva interativa e compartilhada, democrático (BATEUP, 2006).

A perspectiva do diálogo institucional aplica da na área da saúde e direito trabalha na busca pelo consenso por meio do diálogo, análise da demanda, da oferta, do planejamento e alocação, pode se materializar através de pactuações, acordos, envolve atores do direito e da saúde.

A desarticulação entre os Poderes revela a importância do aprimoramento dos mecanismos de “pesos e contrapesos” na saúde e dos canais de diálogo entre as instituições públicas que operam na garantia dos princípios do SUS. (BAPTISTA, MACHADO E LIMA, 2009, P.838)

Desta forma, cada vez mais as instituições jurídicas têm desenvolvido ações e estratégias que produzem reflexos diretos na formulação e execução das políticas

públicas em saúde. Isso ainda tem permitido desenvolver uma nova arte de governar em saúde, que engloba, em sua complexidade, instituições estatais (jurídicas e não-jurídicas) e, principalmente, instituições sociais, tais como os Conselhos de Saúde, Associações, etc. Tal incorporação vem relacionada a estratégias dialógicas que pressupõem a ausência de hierarquia entre os sujeitos que as compõem (ASENSI, 2010, p.51).

Vale ressaltar que a participação foi uma conquista popular da sociedade civil organizada que foi incorporada na constituição<sup>7</sup>. No âmbito dos diálogos institucionais, ampliando suas possibilidades, acredita-se que, conforme abordado no parágrafo anterior, conselhos e associações de direitos, sejam de extrema importância nesse processo, para que participem junto aos gestores de saúde e agentes do direito dando voz às demandas da população. Entendendo que os ambientes de gestão da política e jurídicos, ainda que respeitando a legislação em vigor, são espaços de disputa, seja de um conceito, seja do modo como operacionalizar a lei, seja das prioridades e direcionamento da gestão da política.

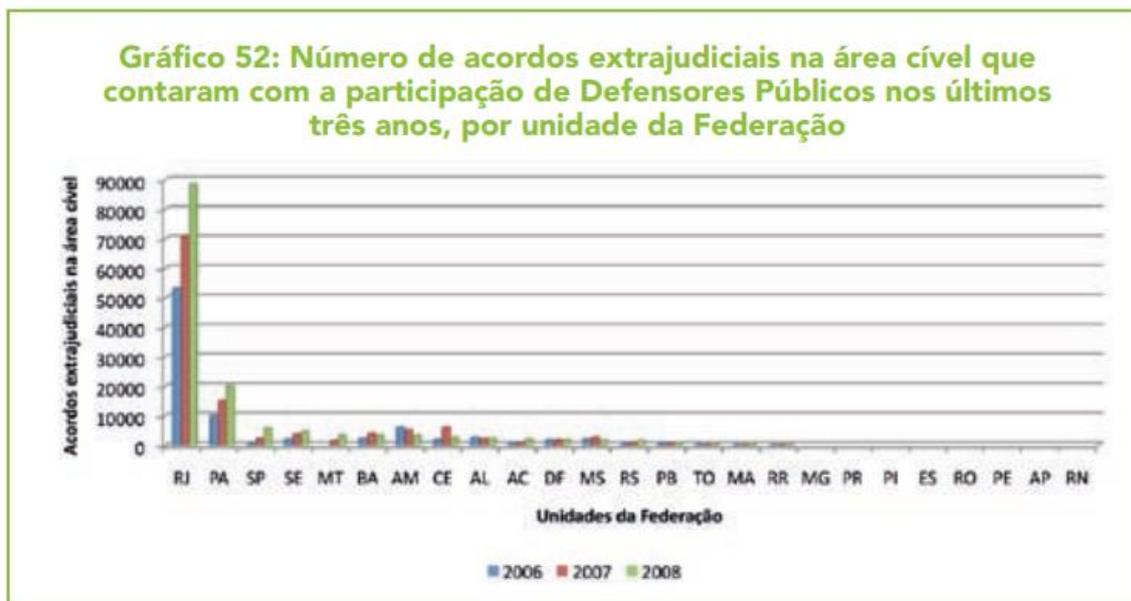
As funções da defensoria pública na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 134 integram: a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados (Brasil, 1988). Nesse sentido, a atuação desse órgão também tem a previsão de poder ser extrajudicial e fala tanto da defesa de direitos quanto da promoção desses.

Estudo de 2015 do Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil demonstra que a DPE-RJ tem uma grande cobertura na análise comarca por defensor comparado a outros estados. Esse é um ponto positivo quando se pensa possibilidades de diálogo institucional envolvendo esse órgão. Quanto à atuação extrajudicial que mais de 85% das Defensorias realizam assistência para resoluções extrajudiciais e 70% realizam algum projeto ou ação de estímulo nessa área, sendo raras as análises sobre esses projetos. (GONÇALVES, BRITO, FILGUEIRA, 2015).

---

<sup>7</sup> Constituição Federal, 1988. Lei 8.080/1990. Lei 8.142/1990.

**Gráfico 2 – Acordos Extrajudiciais Área Cível nos Anos 2006, 2007 e 2008**



Fonte: Brasil, 2009.

A figura acima extraída do III Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil mostra que nos anos de 2006, 2007 e 2008 as resoluções extrajudiciais envolvendo a Defensoria Pública no estado do RJ comparado aos demais foi em número elevado e teve uma crescente.

Resoluções extrajudiciais, a juridicização por meio dos diálogos institucionais possibilita além da diminuição da judicialização clássica um repensar da organização da política de saúde, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, promovendo uma maior integralidade dentro da política e na articulação dele com as demais podendo promover maior acesso da população, indo para além dos que foram recorrer à justiça com uma demanda específica, mas apontando focos de entraves no acesso, problemas de gestão e pouco diálogo e a boa resposta à demanda espraia para a população.

A Defensoria Pública se coloca no cenário atual enquanto instituição jurídica relevante no âmbito da garantia do direito à saúde. Utilizando-se de estratégias e recursos legais e na valorização e alargamento da funcionalidade democrática desse

órgão, se revela propulsora de ações extrajudiciais e de realizar ações e projetos à luz do diálogo institucional.

### **2.3 Desafios e possibilidades de realização de diálogos institucionais no direito à saúde**

Um caso de sucesso, demonstrando como a realização de diálogos institucionais consegue promover a desjudicialização da saúde, mesmo em um cenário de crise, é citado por Schulze (2018), demonstrando os resultados obtidos no Rio Grande do Sul através do Comitê da Saúde do Rio Grande do Sul<sup>8</sup>, comitê este criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no ano de 2010. Até a presente data de criação do Comitê, de acordo com dados do CNJ, foram identificadas cerca de 119 mil ações de saúde no RS, no qual aproximadamente 92% dos pedidos de liminares eram concedidos e que metade dos processos postulava o constante das políticas públicas (SCHULZE, 2018).

Entre as principais iniciativas realizadas para promover o diálogo entre as instituições destacam-se: publicização como a realização de *workshops* com a participação de representantes das diversas instituições que congregam o comitês, dos sistemas de justiça e de saúde, tanto da comarca sede do encontro, como das comarcas circunvizinhas; Realização de cursos com prefeitos, secretários de saúde e procuradores dos municípios, destacando a importância de fomentar o diálogo entre a administração municipal e os representantes do sistema de justiça; Participação de representantes do comitê em congressos do Conselho de Secretários Municipais, estimulando o diálogo entre os sistemas de saúde e de justiça; Realização de treinamentos junto a DP com cursos focados na judicialização da saúde e incentivando os defensores a atuarem na mediação prévia, modo a evitar a judicialização com a devolução dos assistidos ao sistema público, sem prejuízo da prestação de saúde pretendida; O TJ realizou diversas

---

<sup>8</sup> O Comitê Executivo incorporava os representantes de diversas instituições: Poder Judiciário Estadual e Federal, Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública da União e do Estado, Advocacia Geral da União, Procuradoria Geral do Estado e do Município de Porto Alegre, Procuradorias Gerais dos Municípios – representadas pela Federação das Associações dos Municípios, Ordem dos Advogados do Brasil Seccional do Estado, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Secretarias Municipais de Saúde – representadas pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Estadual de Saúde, Confederação Nacional de Municípios, Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, UNIMED Federação e UNIMED Porto Alegre, Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul

atividades visando a divulgar as iniciativas do Comitê da Saúde. O Comitê participou de Cursos de Aperfeiçoamento de Magistrados, incentivando os magistrados a promoverem o diálogo entre os representantes dos sistemas de saúde e de justiça, modo a identificar quais fatores estava promovendo a judicialização da saúde em suas comarcas, fomentando também a criação de Comitês Locais de Saúde, ou aproveitando as reuniões da Comissão Mista (instrução do TJRS recomenda a sua instalação pelo Juiz Diretor do Foro, com a representação das instituições do sistema de justiça) para focar problemas na saúde, quando necessário, chamando, nesta oportunidade, os representantes do sistema de saúde; a realização de cursos específicos da área de saúde para magistrados, desembargadores e seus assessores; Transmissão ao vivo para todas as Comarcas do diálogo entre Desembargadores e Magistrados, focando as interpretações de ambos os graus de jurisdição (SCHULZE, 2018).

Outros casos de sucesso utilizando diálogos institucionais para solução administrativa na área de saúde e desjudicialização são evidenciados em Araguaia – TO; Lages-SC e Brasília-DF. Os municípios conseguiram resultados significativos quanto à redução na demanda judicializadas (ASENSI e PINHEIRO, 2015).

### **3. DIÁLOGO INSTITUCIONAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO**

Nesse terceiro capítulo inicia-se trazendo elementos do processo de pesquisa e são apresentados os aprofundamentos da pesquisa e apreensões acerca do objeto analisado.

#### **3.1 Elementos constitutivos do processo de estudo: os procedimentos metodológicos e o campo da pesquisa**

Esse trabalho foi composto por uma pesquisa exploratória utilizando abordagem qualitativa, tendo quantitativa como suporte nos dados a serem analisados. Conteve nas etapas coleta de dados, pesquisa documental (leis, decretos, manuais e revisão de textos que versam sobre o assunto) e entrevistas. Nos tópicos seguintes serão explicitados a coleta de dados e os desafios encontrados.

A abordagem qualitativa é aquela que “se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social” e busca, deste modo, entender a forma como são interpretadas e conferidos sentidos às experiências reais e as representações dos sujeitos. Permite, assim, compreender as relações e visões dos profissionais e usuários envolvidos em determinada intervenção. Ela se faz necessária visto que há relação entre o mundo real e a subjetividade dos sujeitos (MINAYO et. al. 2005, p. 81; TURATO, 2005, p. 509). Quanto a elementos estruturantes, Minayo explica que esses são complementares tomando forma pela experiência, vivência, senso comum e ação.

A utilização do método qualitativo forneceu para o esse trabalho as experiências dos defensores públicos e gestores envolvidos na implementação do projeto objeto deste estudo. A referida abordagem auxiliou a interpretar e compreender o sentido e conteúdo das falas e percepções desses sujeitos sobre a temática do direito à saúde a partir do projeto.

A aproximação com o objeto deste trabalho foi a partir do projeto de pesquisa no qual tive inserção desde 2019, a saber: “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro”, coordenado pelo professor Felipe Dutra Asensi<sup>9</sup>. O projeto supracitado analisou experiências práticas que relacionassem as áreas da saúde e do direito, que estivessem em andamento, tendo

---

<sup>9</sup> Esse projeto de pesquisa ocorreu entre os anos de 2017 e 2021. O grupo era composto por alunos da pós graduação stricto sensu do IMS/UERJ e alunos da graduação e pós graduação da Universidade Católica de Petrópolis (UCP) e da pós-graduação lato sensu em direito da UERJ.

sido tais selecionadas a partir do Prêmio Innovare, o qual divulga práticas que sejam efetivamente inovadoras no âmbito do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Advocacia e que contribuem para o aprimoramento da Justiça no país. Nesse contexto, tive minha inserção principal na colaboração da análise da experiência construindo o SUS com a Defensoria Pública.

O marco temporal desta pesquisa correspondeu ao início da experiência em análise, ano 2015 até 2021. Ressaltando-se que as entrevistas ocorreram somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa<sup>10</sup>, cuja data é 02 de Agosto de 2021 e o marco final Setembro de 2021.

A experiência em análise sintetiza bem a perspectiva do diálogo institucional, ao passo que a partir de uma maior aproximação entre defensor público e gestor local é possível debater questões das demandas em saúde e resoluções dessas. Desse modo é frutífero para o planejamento em saúde local e a coleta e análise de dados podem apontar falhas a serem sanadas e questões que muitas vezes preventiva ou antecipadamente podem ter uma resolução mais simples.

A perspectiva de interiorização existente no projeto em tela é de grande relevância, considerando que a judicialização excessiva traz grandes impactos ao orçamento de municípios do interior, sendo fundamental levar essa nova perspectiva para os gestores e defensores locais. E ainda promove a descentralização de práticas inovadoras, retirando a exclusividade e centralidade dessas na capital possibilitando aos municípios do interior aplicação desse novo modo de atuação, sem custos aos mesmos, pois o espaço físico é o da defensoria pública local e o representante da saúde municipal é previsto que seja um profissional já atuante na secretaria de saúde, sendo cedido para atuação junto ao defensor público.

Dessa forma acredita-se ser uma experiência rica para estudo e análise e quiçá replicação, na medida em que tendo como objetivo principal a garantia do acesso à saúde pública e de qualidade, faz o uso da perspectiva dialógica no planejamento em saúde na relação mais próxima e próspera entre defensoria e gestão local, com vistas a garantir o acesso à saúde e nessa perspectiva conseqüente diminuição da judicialização.

---

<sup>10</sup> CAAE: 48151521.1.0000.5260

## Coleta de dados

A coleta de dados dividiu-se basicamente em três elementos, não denominou-se momentos pois alguns ocorreram em períodos simultâneos, mas para fins didáticos e melhor entendimento optou-se por essa divisão, qual seja: dados bibliográficos gerais dados sobre a experiência e entrevistas.

A pesquisa documental, no que tange às principais referências utilizadas, a nível de dados nacionais e tendências gerais acerca da atuação do judiciário na área da Saúde, utilizou-se principalmente de estudos promovidos pelo Conselho Nacional de Justiça como a série “Justiça Pesquisa” e o Relatório anual Justiça em Números, bem como normativas e resoluções do órgão na área da saúde, as quais expressam suas ações e tendências. Foram observados também dados das publicações “Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil” e dados quantitativos sobre judicialização do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro.

Os dados sobre a experiência em análise foram obtidos a partir de dados secundários da pesquisa “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro” que ocorreu nos anos 2017 a 2021 sob a coordenação do professor Felipe Dutra Asensi. Tendo sido utilizados principalmente o Relatório consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS Interior, com dados consolidados dos períodos de 2015 à agosto de 2021, texto que reúne informação acerca do funcionamento geral do órgão e das especificidades dos municípios, fornecendo o quantitativo de atendimentos e resoluções.

A entrevista é uma das técnicas utilizadas em pesquisa social sendo bastante usual em trabalho de campo, diz respeito tanto a linguagem e fala quanto a coleta de informações e dados. Neste trabalho foram usadas entrevistas individuais semi-estruturadas, tendo perguntas já formuladas antecipadamente e aberta a perguntas mais livres sobre o tema (NETO, 1994).

O período de realização das entrevistas compreendeu os meses de Agosto e Setembro do ano 2021, período posterior à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética<sup>11</sup>, As entrevistas foram precedidas pelo termo de consentimento livre e esclarecido aos entrevistados (anexo I).

---

<sup>11</sup> CAAE: 48151521.1.0000.5260

Quanto ao grupo de entrevistados, o critério de inclusão foi: ser profissional em atuação na DPERJ (capital e comarcas municipais) ou secretaria de saúde de algum dos municípios partícipes lidando em seu fazer profissional diretamente com experiência em análise.

Em momento inicial da pesquisa o objetivo era realização de entrevistas com profissionais da defensoria pública da capital atuantes na fase de início e atual da experiência e pelo menos 1 defensor público e 1 profissional da secretaria de saúde de cada um dos sete municípios do interior. Os municípios do interior de análise escolhidos para essa pesquisa foram todos os participantes da experiência que não compõem a região metropolitana, buscando analisar o trajeto da experiência nos municípios do interior mais afastados da capital. Nesse sentido foram escolhidos sete municípios nas seguintes regiões geográficas:

- Centro Sul Fluminense - Vassouras, Paty do Alferes, Miguel Pereira
- Região Serrana - Bom Jardim, Nova Friburgo
- Norte Fluminense - Campos dos Goytacazes
- Baixada Litorânea - Silva Jardim

Vale ressaltar que pela organização interna da Defensoria Pública essas regiões dos municípios abrangidos são divididas do seguinte modo<sup>12</sup>:

- Região 3 - Silva Jardim
- Região 5 - Bom Jardim, Nova Friburgo
- Região 6 - Paty do Alferes, Miguel Pereira
- Região 10 - Vassouras
- Região 12 - Campos dos Goytacazes

Buscando ter uma visão aprofundada da experiência por meio de sua realidade prática, o interesse era entrevistar tanto atores da sede da DPERJ envolvidos com a fase inicial, quanto atores dos diferentes municípios do interior para aproximação da fase de execução e observar como a experiência estava sendo praticada nos diferentes territórios e suas nuances e implicações.

[...] a compreensão de um movimento social deve partir do pressuposto de que os determinantes e condicionantes da ação coletiva são múltiplos e historicamente contextualizados. Entre esses há determinantes externos e internos, objetivos e subjetivos (LIMA, 2010, p. 84).

---

<sup>12</sup> Disponível em <https://defensoria.rj.def.br/Institucional/Estrutura>

A escolha desses atores deveu-se por entender que os mesmos são essenciais para abordar sobre o projeto tanto na formulação quanto no momento atual, podendo relatar, aspectos gerais e específicos, internos e externos, possibilidades e limites da experiência. Importante o contato com os profissionais atuantes nos municípios para observar como a experiência tem se desenvolvido, quais e como são recursos extrajudiciais são utilizados, considerando que são municípios com realidades diferentes, podendo haver diferenciadas formas de atuação dentro da proposta do projeto, as quais é fundamental conhecer e observar como têm contribuído na garantia do direito à saúde.

Contudo, por influência de desafios e limites da pesquisa, sobretudo no que tange a aproximação com profissionais dos municípios do interior, a fase de entrevistas limitou-se a dois municípios, ambos da região serrana, quais sejam: Bom Jardim e Nova Friburgo. Já com os profissionais da capital não houve impedimentos no que diz respeito a tentativa de contato, tendo sido possível a realização de entrevistas com 100% dos contatados.

### **Perfil dos entrevistados**

A amostra de entrevistados foi composta por um total de cinco (5) profissionais nos cargos de coordenadores<sup>13</sup> e técnicos judiciários:

- Advogado (4)
- Enfermeiro (1)

Quanto à formação e local de atuação, em sua maioria profissionais com formação em direito, tendo também profissional da área da saúde. No que tange aos locais de atuação compreenderam quatro diferentes espaços sócio ocupacionais, a saber:

- Defensoria Pública da Capital (2)
- Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Rio de Janeiro (1)
- Defensorias Públicas municípios do interior (2)

### **Entrevistas**

A opção da realização de entrevistas por meio de roteiro semiestruturado relaciona-se à complexidade do tema e por se tratar de um projeto a explorar entendeu-

---

<sup>13</sup> Optou-se por não especificar a coordenação para não expor os participantes, evidenciando somente a formação.

se que esse instrumento permitirá maior profundidade na coleta de dados e possibilita aos entrevistados trazer questões amplas, dentro da temática proposta. Esse método auxiliará nesse trabalho no processo de coleta de dados, ao passo que o objeto trata-se de uma experiência em andamento envolvendo diversos atores sociais, portanto captar as vivências, impressões e argumentações dos atores principais, será fundamental. A entrevista permitirá compreender, dentre outros, a visão sobre direito à saúde, a sua implicação no processo de garantia desse, o papel e a potencialidade do órgão em que atua na garantia e ampliação da Saúde e sobretudo a correlação com o projeto da DPE-RJ, objeto de análise deste estudo, suas nuances, possibilidades e limites.

O roteiro das entrevistas foi composto por vinte perguntas divididas em dois blocos, em que o primeiro tratou de questões profissionais e o segundo da experiência em si. Em relação ao material das entrevistas são apresentados no trabalho alguns trechos relevantes a respeito da visão dos profissionais sobre direito à saúde e principalmente para informações sobre o projeto, bem como resultados, mudanças de cenário e desafios observados durante a implementação, relacionando com a discussão teórica.

As entrevistas tiveram duração média de quarenta minutos, foram todas realizadas de modo remoto, on-line, considerando o contexto atual de pandemia de covid-19 iniciado em 2020 e a recomendação sanitária pelos órgãos de saúde do distanciamento social.

As entrevistas possibilitaram compreender a visão dos atores sobre o projeto, trabalhar aspectos relevantes sobre o projeto de modo mais amplo e aprofundado. Nessa perspectiva é um instrumento necessário pois trata-se de um assunto amplo que é o direito à saúde a partir de um projeto que inova ao articular instituições jurídicas e políticas na perspectiva do diálogo em municípios, com características diferenciadas, do interior do estado

A análise das entrevistas e dos dados sobre a experiência objeto deste estudo, foi feita a partir de quatro tópicos analíticos, baseado nos autores Asensi e Pinheiro em pesquisa sobre judicialização da saúde no ano 2015, quais sejam: *apresentação, compreensão dos atores, arranjos institucionais, fatores da experiência e resultados alcançados* (ASENSI e PINHEIRO, 2015, P.6). Esse formato possibilitou observar qual a perspectiva de saúde dos atores e se essa condiz com a atuação na experiência, bem como a visão que se tem dos órgãos públicos envolvidos, potencialidades desse à luz do direito à saúde. Possibilitando também observar quais são as ações adotadas e

instrumentos utilizados, como a perspectiva dialógica se realiza e como baliza a garantia do acesso à saúde na articulação entre as instituições jurídicas e políticas nos municípios. Para a análise da experiência precisa foi fundamental a compreensão dos fatores dessa, fase inicial e processo atual possibilidades e desafios e potencialidades.

## **Eventuais limitações da pesquisa**

### Impactos da pandemia

Considerando que o público alvo do projeto são profissionais da área do direito e saúde, áreas cujo trabalho se intensificou durante o contexto da pandemia de covid-19, tendo impacto na disponibilidade destes para as entrevistas.

Entrevista de modo on-line limita-se intrinsecamente à entrevista em sí, excluindo-se a possibilidade de observação do espaço tanto de atuação quanto de atendimento à população, a possibilidade de encontros inesperados, como por exemplo a chegada de algum outro profissional ligado ao objeto de estudo.

### Contatos Institucionais e disponibilidade na participação

Durante a pesquisa enfrentou-se muita dificuldade em acesso aos contatos institucionais dos núcleos das defensorias e dos profissionais da secretaria de saúde que atuavam junto àqueles órgãos, quando conseguia-se estabelecer um contato inicial apresentava-se grande morosidade em respostas. Esses fatores somados a necessidade de cumprimento de prazos dessa pesquisa impactaram diretamente na quantidade de municípios em que se realizou entrevistas e na área de atuação dos entrevistados.

Observou-se em algumas entrevistas que a disponibilidade de tempo ou a demonstração de interesse na participação eram parcos, o que impactou na possibilidade de maior riqueza desse momento, em cenário mais favorável poderia ser um recurso melhor explorado com a extração de dados mais aprofundados.

### Diferenças em nomenclaturas e organizacional em cada secretaria de Saúde e Defensorias

Ao longo da pesquisa, compreendeu-se que o nome “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Rio de Janeiro” foi concebido para inscrição da experiência no Prêmio Inovare, não sendo necessariamente assim conhecida na prática. Então a partir

do início da realização das entrevistas, as quais foram primeiro com profissionais da capital e do acesso aos documentos sobre a experiência e posteriormente do início do contato com os municípios foi possível compreender essa questão.

Observou-se também que não havia um padrão nos municípios de expediente dos defensores e servidores tanto da defensoria quanto das secretarias de saúde. Acredita-se que muito pelo fato do contexto da pandemia, em que modificou seu modelo de atendimento para semipresencial ou remoto. E somado a isso as necessidades e realidades diferenciadas do órgão em cada município que impactava também em diferentes modelos e formatos da atuação dos profissionais das secretarias de saúde junto à equipe da defensoria.

Esses fatores supracitados exigiram um esforço maior no entendimento dessas realidades e adequação a elas para que se pudesse ter uma aproximação inicial. Em muitos casos dificultou o acesso ao profissional procurado, pelo não entendimento da demanda e observou-se também em alguns casos o desconhecimento dos profissionais da estrutura organizacional do órgão de atuação e profissional de referência.

### **3.2 A iniciativa Construindo o SUS com a Defensoria Pública: a visão dos atores**

Nesse item será apresentada a experiência em análise, entendida como uma iniciativa da DPERJ.

Antes de iniciar as apreensões sobre o projeto em si e sua execução, avalia-se importante percorrer brevemente acerca da concepção de saúde trazida pelos atores entrevistados. Pois acredita-se que muito das ações realizadas e a condução do projeto deveu-se à concepção dos operadores e participantes acerca da política de saúde e das funções e possibilidades das instituições nas quais atuavam.

o direito à saúde na realidade é um direito que tem que ter primazia demais [...] alimenta todos os outros direitos. Ele vem junto com o direito à vida, que realmente é o direito... mas ele é o que garante efetivamente exercício do direito à vida. Então você tem direito à moradia, direito à educação, direito à liberdade, mas ele se sobrepõe porque por mais que você tenha uma moradia, se você não tem uma condição de saúde, né? Que aquela moradia forneça a garantia necessária para que a sua saúde seja preservada, esse direito de moradia é vulnerabilizado. Por mais que você tenha acesso à educação, se aquela criança não está bem de saúde, ela não consegue alcançar o que é a proposta educacional.(P 2)

Muito amplo né, porque a gente tem uma certa cultura de encarar saúde como só como os meios assistenciais. E a saúde é muito mais do que isso né, a gente tem todos os determinantes da saúde, alimentação, educação, moradia. [...] direito à saúde é um direito humano, fundamental, e que tem que ser garantido pelo Estado com a máxima efetividade [...] Então acho que

direito à saúde é ter acesso não só aos determinantes de saúde mas também às ações materiais que concretizam a recuperação da saúde, que viabilizem a recuperação da saúde numa lógica progressiva, não regressiva, tá, é portanto o poder público tem que sempre buscar avançar no direito à saúde, mas acredito que esse direito tem que ser ... o direito individual da saúde tem que ser compatibilizado com o direito coletivo à saúde. (P1)

[...] O direito à saúde está previsto na nossa Constituição, é dever do Estado, é um tema amplo porque a saúde engloba vários níveis, a gente não pode falar da saúde só da doença. (P 3)

Os trechos trazidos acima contêm a expressão dos atores sobre o conhecimento Constitucional do direito à saúde e a interpretação desse enquanto relacional, que é influenciado e influencia demais direitos, trazendo para concepção os determinantes sociais em saúde.

A partir das entrevistas e análise dessas pode-se observar por parte dos profissionais atuantes na parte estrutural e de planejamento do projeto uma visão de saúde ampliada. A maioria dos atores mencionaram o aspecto coletivo desse direito, a perspectiva da relação deste com demais direitos para sua plena realização.

direito assegurado constitucionalmente a todos os cidadãos e abrange uma vida digna à saúde. Direito de obter medicamento, de ser atendido e tudo mais. (P 5)

o direito do cidadão de ter provido pelo Estado, considerando o padrão científico e tecnológico atual, os meios necessários para ter acesso aos tratamentos, medicamentos, atuais necessários para cuidar da sua saúde. (P 4)

Os dois trechos anteriores demonstram certa diferenciação, não são visões de saúde contrárias, mas se assim posso dizer um pouco mais restritas. É pontuada a constitucionalidade do direito, mantendo uma percepção focada no acesso aos serviços e insumos.

A despeito da visão sobre a Defensoria Pública, extraiu-se alguns relatos, pois acredita-se que a compreensão que se tem do espaço sócio ocupacional, do órgão em que se atua, das previsões legais, dos limites e das possibilidades e potencialidade, são fornecidas as bases e potencialidades para o fazer profissional de determinado modo.

Eu acho que a Defensoria Pública consegue absorver essas demandas da sociedade que o poder público não está dando conta. A gente tem um filtro, porque a gente recebe todas as questões referentes à medicamentos, insumos, consultas, todo tipo de necessidade que envolve esse direito à saúde... Então, a gente consegue filtrar e a gente consegue perceber, e eu acho que isso é o mais importante, naquele território o que está falhando naquela política pública. Então a gente tem esse papel de filtro da sociedade, porque a gente consegue identificar. Olha, aqui eu judicializo demais medicamentos, então há uma falha na aquisição de medicamentos naquele município, ou estado, ou até mesmo encaminhamento por parte do Ministério da Saúde... Mas eu acho

isso importante, porque a gente consegue observar a política pública sendo aplicada e a sua deficiência, então esse eu acho que é o meu papel e o papel de todos os Defensores. Você observar onde está falhando e a gente contribuir para que essa falha seja suprimida. Porque, não é só na demanda individual, muitas vezes é na reunião com o secretário, muitas vezes é o ofício que você encaminha e você consegue fazer essa escuta e fazer essa filtragem e falar "Essa demanda é real, essa demanda vai se repetir e eu preciso dar atenção para ela!", então eu acho que esse é o papel da Defensoria. (P 2)

[...] acho que a defensoria pública tem que garantir esse direito (à saúde) de uma forma também responsável na medida que sempre tem que tentar antes a negociação. Sempre tentar Primeiro compreender o que o poder público tem pra me falar acerca daquele conflito, segundo, tentar construir com ele uma saída para aquele conflito, para a judicialização sempre ser a última hipótese a ser adotada. O poder judiciário não tem que se transformar como um poder executivo, ele não pode substituir a administração pública. Não é o papel do poder judiciário. O poder judiciário tem que garantir a não violação de direitos. Ele não pode se transformar no ator principal de realização de acesso às políticas públicas. Então a defensoria, como é que ela entra nesse panorama como uma estrutura de resistência é claro, de garantia de direitos, mas como uma instituição que vai resistir de uma maneira responsável, sempre tentando pelo diálogo, sempre tentando compreender, interferir de uma maneira que não viole a própria organização do sistema Único de Saúde ou a organização dos outros das outras políticas públicas, tentando escolher caminhos de resolutividade que interfiram o menos possível (P 1)

As falas dos atores participantes demonstra uma ação reflexiva de continuidades e correlações, partindo-se de uma visão ampliada de saúde, levando essa para o exercício profissional. Soma-se a isso o conhecimento da função do órgão em que se atua, Defensoria Pública e o processo de certo alargamento para concretude das potencialidades daquela instituição. Imbuída da concepção ampliada de saúde e da perspectiva dialógica, faz-se a interlocução e aproximação com entes de outras esferas, partícipes dessa política pública na formulação, execução e planejamento de ampliação dessa experiência.

Interessante e destaca-se a percepção de um dos entrevistados da Defensoria enquanto instituição de resistência responsável e uma atuação buscando a judicialização como alternativa após o esgotamento das demais. A função extrajudicial da defensoria e sua amplitude estão postas no texto constitucional ao afirmar que

A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados [...] (BRASIL, 1988, Art.134)

Asensi (2010) corrobora com a visão ampliada da defensoria e suas possibilidades ao destacá-la, assim como o Ministério Público enquanto instituições que

compõem as funções essenciais da justiça, e instituição dinâmica, não estática, tendo a possibilidade de atuação antecedida ou não pela provocação.

Ressalta-se que para além do ambiente e contexto interno propício, digo, que possibilitou a experiência, há que se considerar também a visão e compreensão dos atores envolvidos sobre a saúde, que ao que se pode perceber, há de um modo geral um entendimento e defesa de um conceito ampliado de saúde. Soma-se a esse fator a compreensão também acerca do papel da Defensoria Pública, bem como das suas possibilidades de ação no que tange à garantia de direitos.

[...] um desafio às próprias instituições jurídicas, que, em virtude de sua atuação voltada para as peculiaridades e elementos do campo do direito, por vezes possuem dificuldades em lidar com certas demandas que se reconfiguram no cotidiano das práticas dos atores sociais. De forma constante, os membros do Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública etc., se deparam com temáticas e assuntos específicos da saúde que, em virtude de sua formação, não possuem proximidade, o que enseja desafios relevantes no tocante à adoção de estratégias para a efetivação de direitos. Isto implica entender que o direito à saúde não se reduz à garantia de direitos já assegurados, mas fomenta, principalmente, a possibilidade de construção de sentidos de novos direitos (ASENSI, 2010, P. 100).

### **3.2.1 A criação do projeto**

O nome utilizado na inscrição da experiência no Prêmio Innovare (edição XIII, ano 2016) "Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro", mas observou-se durante a realização desse trabalho que na realidade prática também é conhecida como Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) no Interior. Essa experiência consiste em tentar levar a experiência e *modus operandi* da CRLS para os núcleos das Defensorias Públicas dos municípios do interior no estado.

A experiência foi iniciada em 2015 e a sua fase de criação foi composta teve um momento antecedente composto por três fases que foram importantes para construção de caminhos e da realização da experiência como tal, sintetizadas em:

- 1) Análise crítica do processo de trabalho e seus impactos e levantamento de dados;
- 2) Interlocução com demais serviços e órgãos da rede;
- 3) Busca de entes parceiros

O primeiro momento consiste em reflexões críticas sobre a judicialização por parte da defensora idealizadora do projeto a partir da sua atuação em um dos campos.

[...]eu comecei a observar que 70% do que eu fazia eram ações pedindo internações, pedindo transferência de pessoas que estão em UPA's 24 horas pra CTI. [...] já tinha uma ação civil pública, do Ministério Público já a proposta, já tinha uma liminar do poder judiciário dizendo que tinha que ampliar os leitos de CTI, mas nada, aquilo não mudava. A judicialização que eu fazia não estava alterando em nada a sociedade, não estava alterando, fazendo qualquer interferência de modificação da estrutura existente, tratando, né, os efeitos e não as causas da judicialização . Era assim que eu me via (P1).

Após três meses da atuação no plantão judiciário do Tribunal de Justiça do RJ<sup>14</sup>, a defensora que idealizou a experiência observou que as demandas se repetiam, não tendo na ação um impacto coletivo e de longo prazo nas causas da judicialização. A Defensora realizou uma análise das demandas e questões, a partir da coleta de dados, como o percentual das demandas, o índice de óbitos e a média de atendimento da liminar e demais informações.

### Fase 2

Em uma segunda etapa onde a defensora buscou ir à campo, a mesma esteve em contato e articulação com algumas centrais reguladoras, médicos, superintendentes de secretarias, interlocução essa que associada ao conhecimento da rede e de seu funcionamento, bem como adoção de novas estratégias e instrumentos começou a abrir caminhos para uma maior e melhor resolutividade das demandas em saúde.

A partir do diagnóstico primário consequentes dos levantamentos de três meses de atuação, a defensora avaliou importante aproximação para conhecimento dos serviços e órgãos envolvidos na realização do acesso às demandas apresentadas, tendo realizado visitas às centrais reguladoras e aproximação com diretores de hospitais federais.

[...] aí eu comecei a visitar as centrais reguladoras. Falei, agora eu tenho que também conhecer o outro lado, entender o outro lado né. Quem são essas pessoas que a gente intima toda noite, manda transferir? Por que que não transfere? Qual é a dificuldade? E aí conheci os médicos dali, conhecendo os superintendentes das secretarias, daí comecei a conhecer toda estrutura de saúde...e das centrais de regulação, tanto dos municípios quanto do estado do Rio de Janeiro, daí eu comecei a atuar coletivamente, me aproximar[...] a gente conseguia saber se a pessoa estava regulada, se não estava, se tinha uma pendência pra regulação, e aí eu resolvia com o hospital a pendência e aí a pessoa conseguia ser transferida.

---

<sup>14</sup> Trata-se de um serviço do órgão Tribunal de Justiça, que tem como objetivo atender demandas urgentes que não possam aguardar decisão judicial em processo normal. Em relação à saúde, as demandas giram em torno de vagas para CTIs, urgência na realização de algum procedimento de saúde, internação em hospital especializado, etc.

Esse momento explicitado na entrevista é fundamental no que tange a perspectiva dialógica, pois o exercício profissional naquele espaço passou a ser pensado dentro dessa linha. Percebe-se que a inquietação e questionamento reflexivo foram ferramentas propulsoras da ação diferenciada dos moldes tradicionais daquele espaço.

Então a gente foi entendendo, a partir dessa possibilidade de estar com o outro lado, sentar e entender as dificuldades do outro lado, isso deu uma potencialidade para o trabalho da defensoria, que não era só fazer a ação judicial. [...]ou às vezes resolver extrajudicialmente a demanda (P 1)

Interessante essas observações da entrevista no trecho trazido acima, pois ressalta a própria amplitude e possibilidades do papel da defensoria pública, bem como a possibilidade de um fazer profissional dentro daquele espaço buscando o fim maior de atendimento às demandas do usuário, mas buscando a possibilidade de uma resolução administrativa.

[...] alguns casos às vezes o hospital não aceitava ordem da central reguladora. Hospital Federal faz muito isso; não vou aceitar, não quero que você mande paciente do estado, do município, de uma unidade estadual ou municipal para cá. E aí eu pedia pra justificar porque que isso estava acontecendo e aí a juíza mandava intimar o diretor do federal para atender a ordem da central reguladora e aí o paciente era transferido. Então a gente começou a conseguir, entendendo como o sistema estava organizado, e de quem era a competência ali dentro daquela regulação, e que isso até hoje é uma questão, a regulação é um dos pontos mais difíceis que eu acho em saúde pública, mas a gente conseguia resolver. P1

A partir das falas dos atores entrevistados foi possível observar que algumas questões ou demandas podem ter uma resolução menos morosa e evitar um entrave, se os profissionais que com ela lidam têm maior conhecimento da rede e lança mão dos recursos disponíveis naquele espaço sócio ocupacional e nas interlocuções entre órgãos.

### Fase 3

Em um terceiro momento, no ano 2013, a defensora buscou aproximação e atuação em conjunto com outra defensora que atuava na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS).

Na câmara você conseguia compreender como é que eram todas as outras demandas de saúde que não eram CTI. E aí eu comecei a ver que o diálogo, trabalhar em conjunto, tinha uma potencialidade pro defensor que era enorme, primeiro que solucionava, né, extrajudicialmente as demandas, segundo quando você atuava judicialmente, você atuava de uma forma, é, digamos assim, como se fosse uma política de redução de danos, você atuava de uma maneira que interferia o mínimo, de uma forma qualificada, de uma forma que interferia o mínimo possível no sistema, como o sistema estava

organizado, e muitas vezes atuando em conformidade com a própria organização do sistema. (P 1)

A partir daí percebeu-se mais amplamente as demandas da saúde e novas observações da eficácia da atuação na perspectiva do diálogo entre os serviços, entre judiciário e saúde.

Em 2015 a defensora assumiu a coordenação da saúde e da tutela coletiva e a partir de uma demanda institucional e de um alinhamento de perspectiva naquele momento de investimento no extra judicial, então criou-se a possibilidade institucional de elaboração e implementação do Projeto institucional desenvolvido na Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ. Esse projeto tem espelho principal na consolidada CRLS, buscou-se replicar essa experiência para os municípios do RJ.

O projeto estava incompleto, faltava o município. Porque o NAT ele não tem conhecimento das especificidades da organização do Sistema de Saúde de cada município, ele não pode por exemplo dizer se o medicamento da REMUME, se tem no estoque ou não tem. Ele é do estado. Ele só tem acesso ao componente especializado. Ele só tem acesso às informações de abastecimento da RIO FARMES. Então o projeto estava incompleto. E aí me deu um estalo: na verdade eu tenho que replicar a câmara para o interior. [...] E aí eu pensei; bom, se o estado já faz, se ele já faz os pareceres técnicos pelo NAT que era via internet então eles podem fazer os pareceres pela internet para o interior. E como é que eu vou garantir no interior a presença do município? Eu vou fazer um convênio com o município, e neste convênio vai ficar tipo um servidor, ou alguém que trabalha na secretaria para estar presencialmente. Aí eu garanto presencialmente um do município, um defensor público e o assistido. Só quem fala remotamente é o estado. (P 1)

A experiência e em seu processo, considerando que ela está em desenvolvimento e o objetivo é a expansão, foi possível graças aos arranjos institucionais realizados nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Portanto a efetivação da experiência do convênio<sup>15</sup> com os municípios é feita a partir da participação de representante da DPERJ na CIR junto com o defensor público daquele município. Nessa reunião é apresentada a proposta sendo um momento importante também para proximidade entre defensor público e secretário de saúde dos municípios.

---

<sup>15</sup> Atualmente nos convênios firmados com os municípios a PGE assina como interveniente, conforme informado pela P 1 em uma de entrevistas realizadas.

Em uma segunda etapa é feito um treinamento com o defensor público atuante naquele município e o compartilhamento de materiais importantes sobre a rede de saúde bem como modelo de pareceres.

quando a gente ia às reuniões com os gestores a gente levava dois ofícios né que eram ofícios pedindo informações sobre o planejamento se tinha plano de saúde se tinha programação anual de saúde o que que eles já tinham pactuado na região, então ele ia muito sobre a rede de terapia intensiva porque foi assim, eu vim do plantão e eu queria saber onde estava maior déficit de leitos né, o que eles tinham pactuado e todas as informações de onde vieram. Isso gerou isso é uma forma que eu tenho que eu chamo de ,são PIs, né como se fosse inquéritos dentro da defensoria pública a gente chama de procedimento de instrução, ao invés de inquéritos para o Ministério público né são procedimentos da tutela coletiva, tem esses dois que eu acompanho todo planejamento em saúde dos municípios dos 92 e a partir dessa nossa atuação coletiva na terapia intensiva, né, isso serviu pra... A gente conseguiu mapear junto com o Ministério da Saúde, né, as pactuações onde estavam os maiores gargalos [...] e hoje a gente todo ano a gente manda um ofício pedindo programação anual de saúde e de quatro em quatro anos o plano de saúde. então a gente passou a fomentar também que eles organizassem para poder atender as câmaras porque o município que é desorganizado não atende, não conseguem resolver muitas demandas de saúde e aí a gente foi compatibilizando a tutela coletiva com a tutela individual por quê um potencial outro grande da câmara é isso a partir das respostas técnicas, você consegue identificar os gargalos do sistema (P 1)

### 3.2.2 Desenvolvimento do projeto

Diante do cenário no estado do Rio de Janeiro de crescente quantitativo de mandados judiciais na área da saúde e aumento das solicitações de suporte dos municípios para o estado, optou-se pela efetivação da expansão da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) para o interior.

Avalia-se contudo ser um projeto diferenciado em que de fato se mantém os objetivos da CRLS na capital contudo há peculiaridades e particularidades municipais, proporções diferenciadas, por isso a análise refere-se ao Construindo o SUS com a Defensoria Pública ou CRLS no interior, se assim preferir.

[...] vendo o quanto a CRLS conseguiu resolver o quanto ela é efetiva, surgiu essa ideia de interiorizar, ampliar esse projeto para os municípios do interior. Então foi criado um projeto para acesso remoto, onde essas demandas eram inseridas lá e elas acabam vindo para o nível central para serem avaliadas, juntamente com uma interface com a secretaria municipal de saúde do município. (P 3)

Em 2015 foi realizado um acordo entre a Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ) e a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), o *Termo de Cooperação Técnica nº 002/2015*. A partir daí ficou estabelecida uma assessoria técnica que era realizada pelo NAT – Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde da SES/RJ e posteriormente em mesmo ano ocorreu uma mudança na coordenação do

projeto e os técnicos passaram a fazer parte da CRLS. Essa equipe de técnicos é multidisciplinar incluindo farmacêuticos, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas.

### **Funcionamento e operacionalização**

Conforme explicitado pelos atores antes da assinatura do convênio procura-se fazer uma análise e mapeamento do município.

Desde o início antes da assinatura de termo de convênio, se vai até o município, se leva as documentações necessárias, se pede qual a rede que aquele município tem, quais serviços tem pactuado com outros municípios.  
(P 3)

Importante figura na operacionalização da experiência é a figura do profissional da Secretaria Municipal de Saúde, que fornecerá todo conhecimento da rede local, serviços e referências. É um profissional fundamental no apoio às Defensorias para uma atuação na perspectiva dialógica. Pois observou-se desde o início de pesquisa de campo e primeiros contatos com os municípios que não há uma padronização, há organizações, nomenclaturas e disposições de serviços e setores responsáveis diferenciados e que o desconhecimento da realidade local, pode dificultar muito e até inviabilizar uma atuação à luz do diálogo institucional.

o convênio força um município para se organizar para atender o convênio porque ele tem que ter uma pessoa lá dentro com todas as informações da rede de saúde essa pessoa tem que ter acesso à regulação acesso área de abastecimento dos medicamentos e se ele não tiver organizado ele não consegue responder no mesmo dia para defensoria pública entendeu ou então ele vai ter um índice zero de resolatividade. (P 1)

E no projeto está previsto que dentro da Defensoria do interior fique um profissional que é da Secretaria Municipal de Saúde, porque ele vai auxiliar na interface com a defensoria e aqui com o nível central que é quem responde às demandas com o auxílio deles. É importante para o próprio município que ele avalie qual será essa profissional, não somos nós que fazemos a avaliação a seleção do profissional, a gente auxilia na capacitação. O que a gente passa é que o importante é que esse profissional tenha conhecimento dos serviços daquele município para ele agir com efetividade na interface com a Defensoria e nas respostas que serão dadas. (P 3)

Em relação à realidade prática e do funcionamento da experiência nos municípios do interior conta com vários entes tanto do interior quanto da Capital, na sede da CRLS a partir de um sistema informatizado. A operacionalização é orientada por fluxo dividido em quatro etapas:

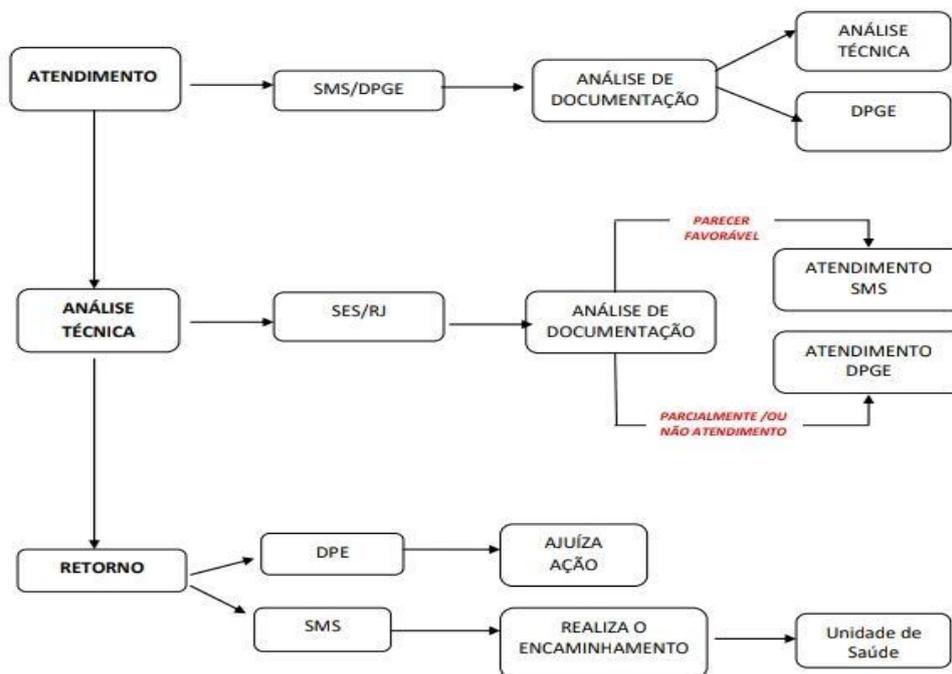
**Tabela 1 - Fluxo de atendimento CRLS interior**

PROCEDIMENTO	AGENTE REALIZADOR
1) 1º Atendimento do usuário e verificação de documentação	Funcionário da Secretaria Municipal de Saúde e servidor da DPRJ nos municípios
2) tramitar o procedimento instaurado à SES, para análise técnica das mesmas	Funcionário da Secretaria Municipal de Saúde e servidor da DPRJ nos municípios
3) Análise Técnica com emissão de parecer acerca do fornecimento do(s) produto(s) pretendido(s), de acordo com a disponibilidade de fornecimento que está sob sua gestão ou com as informações fornecidas pelo município de origem do assistido	Equipe técnica da SES/RJ
4) 2º Atendimento do usuário com orientações e encaminhamentos para acesso à demanda solicitada, a partir do parecer da SES/RJ	Funcionário da Secretaria Municipal de Saúde e servidor da DPRJ nos municípios

Fonte: A autora, com dados extraídos do Relatório consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS Interior, Agosto 2021.

A partir do diagrama abaixo é possível ter uma visão geral consubstanciada de todo o fluxo de atendimento

**Figura 1 - Diagrama de Atendimentos**



Fonte: Relatório consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS Interior, Agosto 2021.

Ressalta-se que nem sempre o atendimento ocorre em etapas estanques, por exemplo verificando-se falta de documentação esse usuário é orientado. Há também os casos de atendimento parcial ou negativa às solicitações pretendidas encaminhadas à DPE RJ, como exemplo as situações nas quais há indisponibilidade temporária do(s) produto(s) solicitado ou produto(s) não padronizado pelo SUS. Nesses casos é feita a devolutiva para as defensorias das solicitações em que não houve encaminhamento administrativo e essas dão seguimento, ou tentando administrativamente dentro do contexto municipal ou judicializando.

### 3.2.3 Município de Friburgo

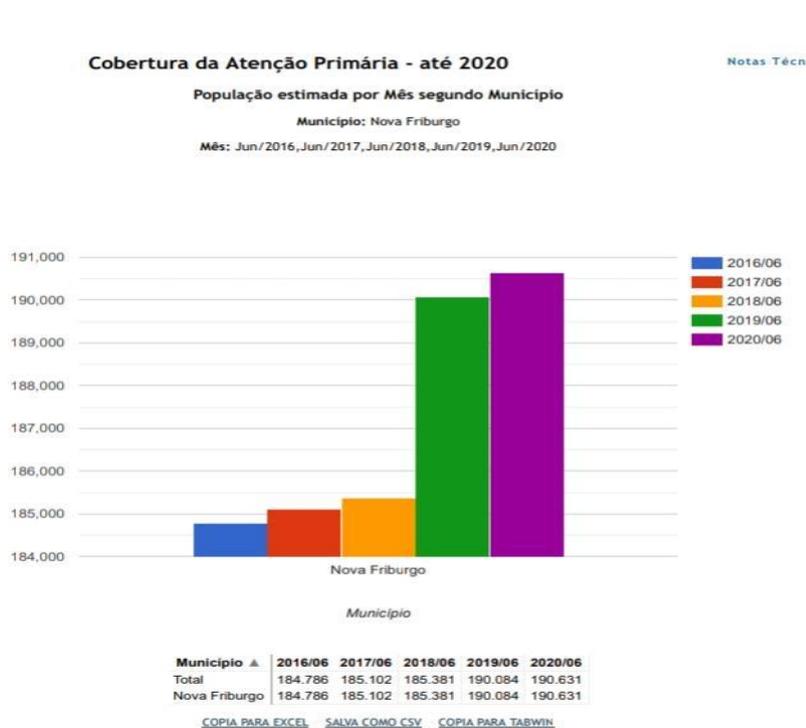
O município de Nova Friburgo foi o 8º na sequência de assinatura do convênio juntamente com Bom Jardim tendo sua implantação em 30/06/2016.

## Dados do município

Avaliou-se importante trazer alguns dados sobre saúde no município, para tal utilizou-se dados do site da Secretaria Estadual de Saúde referentes à cobertura de atenção primária, consultas médicas e internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica. O período foi de Junho 2016 (mês e ano de início da experiência no município) ao mesmo mês de 2021. Optou-se por tais dados pois conforme dados da judicialização do TJ/RJ, apresentados em capítulo anterior era considerável o número por internação (segundo maior) é considerável a demanda por exames, e ainda por entender que, em se tratando do planejamento da política de saúde e no acesso ao direito, são fundamentais os investimentos em atenção primária quando se pensa em prevenção à saúde.

### Cobertura da Atenção Primária

#### Gráfico 3 - Cobertura da Atenção Primária Nova Friburgo



Fonte:

- Cobertura da atenção primária: e-Gestor Atenção Básica  
Ministério da Saúde MS  
Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro/2020

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

A partir do gráfico de cobertura da atenção primária foi possível observar um aumento progressivo ao longo dos 6 anos analisados, com destaque ao aumento grande nos anos 2020 e 2021.

## Gráfico 4 - Consultas Médicas Nova Friburgo

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL EFETUADA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CONSULTAS MÉDICAS**

Quantidade aprovada por Ano do atendimento segundo Ano do atendimento  
Município de atendimento: Nova Friburgo  
Período: Jun/2016, Jun/2017, Jun/2018, Jun/2019, Jun/2020, Jun/2021

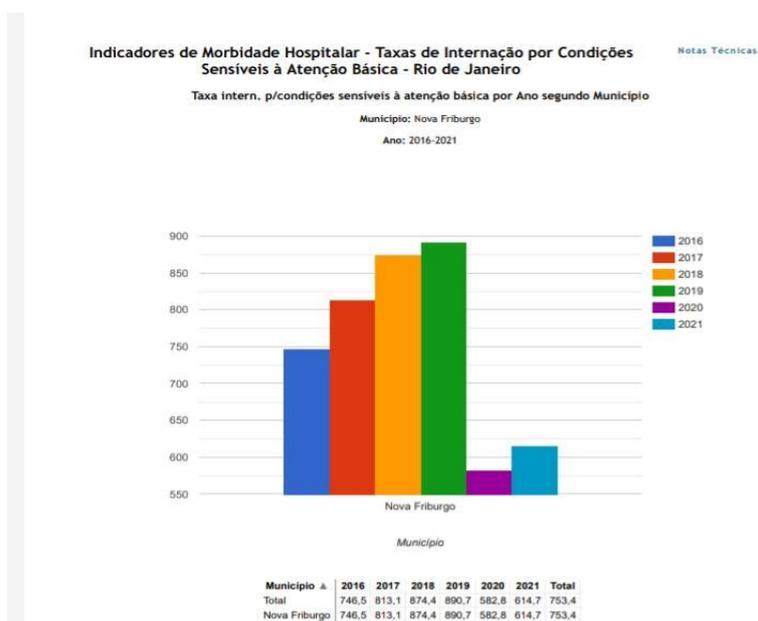
Ano do atendimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
<b>TOTAL</b>	<b>34.879</b>	<b>36.262</b>	<b>27.570</b>	<b>28.999</b>	<b>9.367</b>	<b>13.698</b>	<b>150.775</b>
2016	34.879	-	-	-	-	-	34.879
2017	-	36.262	-	-	-	-	36.262
2018	-	-	27.570	-	-	-	27.570
2019	-	-	-	28.999	-	-	28.999
2020	-	-	-	-	9.367	-	9.367
2021	-	-	-	-	-	13.698	13.698

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

Consultas Médicas - observou-se um aumento no primeiro intervalo de análise. Já em 2018 ocorreu uma redução considerável, com um aumento em 2019, mas ainda assim inferior à 2017 e em 2020 uma brusca queda com um aumento em 2021. Sobre os dois últimos anos, ressalta-se terem sido períodos da pandemia, com indicações sanitárias de isolamento social e suspensão de alguns atendimentos e procedimentos ambulatoriais. Esse item abre margem para pensar a disponibilidade de profissionais e atendimentos.

## Internação Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Básica

### Gráfico 5 - Internação Hospitalar Nova Friburgo



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

A partir dos dados desse item, observou-se um aumento progressivo do índice de internação entre os anos 2016 e 2019, uma brusca queda em 2021 e um leve aumento em 2021.

Os dados trazidos ilustram parte da realidade de saúde do município, contudo não foi objetivo deste trabalho a análise aprofundada de todos os dados de saúde do local.

Observou-se de um modo geral um aumento na cobertura da atenção básica em saúde e um aumento também nos índices de internação hospitalar. Contudo foi exposta uma oscilação na área de consultas médicas ambulatoriais, podendo revelar um gargalo, um déficit.

Nesse sentido é de fundamental importância a observação mais sistemática e aprofundada desses itens e conclui-se trazendo a importância da articulação entre os diferentes níveis de atenção da política de saúde.

Em 2017 no mês de novembro a Defensoria Pública de Nova Friburgo passou a ter uma sede centralizada, antes funcionava em unidades distintas.

A entrevista realizada nesse município foi com profissional cujo início da atuação foi posterior ao início da experiência, então já estava em curso o convênio. Contudo, nesse início houve uma reunião primária com a equipe da Defensoria da Capital, profissionais da coordenação e com representantes da prefeitura, tanto para apresentação do convênio ao novo ente, como para apresentação dessa pessoa.

Avalia-se que esse processo é muito importante na chegada de um novo ente, não que vá garantir o total êxito ou seguir de onde parou da mesma maneira, entende-se que novas pessoas, novos profissionais novos tons em suas relações. Mas pode ser um momento de apresentação, exibição de resultados, discussão de alguns hiatos e também planejamento com os envolvidos. Buscando desse modo evitar a descontinuidade das ações e que essas não sejam estanques nas pessoas, mas que as instituições (obviamente composta por pessoas) incorporem essa prática dialógica.

O contato entre a Defensoria e a prefeitura, inicialmente, era por e-mail, posteriormente houve uma mudança para ter dois servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atuando no núcleo da Defensoria fornecendo suporte nas articulações extrajudiciais a partir do conhecimento da rede municipal de saúde.

Com o advento da pandemia e a necessidade de reorganização dos órgãos em atendimento às recomendações sanitárias, a disposição de profissionais e a modalidade de atendimento, o qual ficou via remota. O atendimento à população nesse período foi por uso de um aplicativo da Defensoria Pública.

A partir das evoluções sanitárias e novas orientações das instituições de saúde, ocorreram novas mudanças e quando da realização de entrevista neste município, havia

um profissional com formação, atuando junto a equipe da Defensoria como a pessoa de interlocução com o município.

Sobre a composição da equipe que do núcleo da defensoria para atendimento de demandas da Saúde:

- Defensor público (1)
- Servidores da defensoria (2)
- Servidor da secretaria municipal de saúde (1)

Quanto ao fluxo de atendimentos no núcleo, esse envolve tanto o núcleo local quanto a capital

- 1) Atendimento ao Cidadão  
(remoto via aplicativo da defensoria ou presencial) - servidores da Defensoria
- 2) Encaminhamento da Defensoria para Secretaria Municipal de Saúde  
(onde ou já se resolve ou, retorna para Defensoria)
- 3) Encaminhamento da Defensoria para CRLS para o parecer
- 4) Retorna para defensoria e encaminhamento da resolução

Dentre as demandas que chegam à Defensoria, a Saúde é a maior delas. Sobre as prioridades dos atendimentos, foi informado que dentre as demandas que chegam à Defensoria há prioridade as da área da saúde dentro da saúde os casos mais graves, após essa os prazos.

Uma sinalização importante apontada é, que pese a maioria das demandas cheguem de forma individual, foi evidenciado o reflexo da atuação da Associação de diabéticos, que certa intermediação ou orientação, se preferir, pois quando chega demanda de algum participante a documentação como o laudo chega organizado o que facilita o encaminhamento do usuário e acesso ao seu direito demandado.

Enquanto desafios e obstáculos para experiência foi apontado:

- A precariedade da atenção hospitalar
- Baixa capacidade de atendimento x grande demanda
- Ausência de serviços / deficiência na rede
- Dificuldade na continuidade das ações e fluxos estabelecidos

Enquanto ponto positivo e aspecto do êxito da experiência, já no ano inicial do convênio houve um percentual de 41,3 resoluções administrativas de demandas, conforme dados abaixo.

**Tabela 2 - Dados de Atendimento Defensoria Pública Nova Friburgo - Saúde**

<b>ANOS</b>	<b>Demandas</b>	<b>Resoluções Administrativas</b>	<b>Ajuizamento de Ações</b>
<b>2016</b>	528	218 (41,3%)	307
<b>2017</b>	2.100	1.196 (57,0%)	899
<b>2018</b>	2.187	1.448 (66,2%)	736
<b>2019</b>	2.121	1.441 (67,9%)	680
<b>2020</b>	1.140	797 (70,0%)	342
<b>2021</b>	597	384 (64,3%)	213

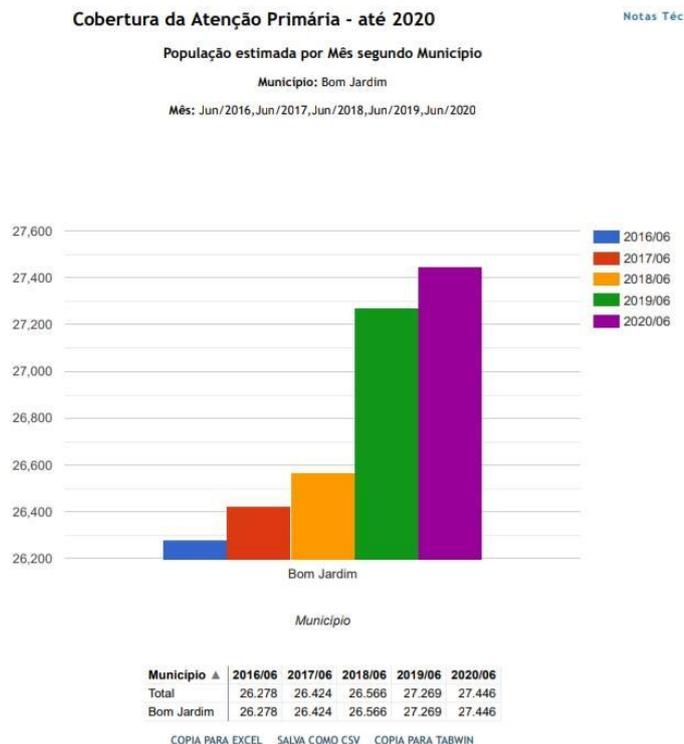
Fonte: adaptado de Relatório consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS Interior (2021)

A partir da tabela acima somada às observações e falas nas entrevistas, é possível considerar a experiência neste município exitosa ao que se propõe. Ao passo que se observou um aumento nas resoluções administrativas e diminuição das ações ajuizadas, a partir de seu início.

### **3.2.4 Município de Bom Jardim**

O município de Bom Jardim foi o 8º na sequência de assinatura do convênio juntamente com Nova Friburgo tendo sua implantação em 30/06/2016.

## Gráfico 6 - Cobertura da Atenção Primária Bom Jardim



Fonte:

- Cobertura da atenção primária: e-Gestor Atenção Básica  
Ministério da Saúde - MS  
Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro/2020

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

O gráfico de cobertura da atenção primária revelou um aumento progressivo ao longo dos 6 anos observados, com destaque ao grande aumento entre os anos 2018 e 2019.

## Gráfico 7 - Consultas Médicas Bom Jardim

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL EFETUADA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CONSULTAS MÉDICAS**

Quantidade aprovada por Ano do atendimento segundo Ano do atendimento

Município de atendimento: Bom Jardim

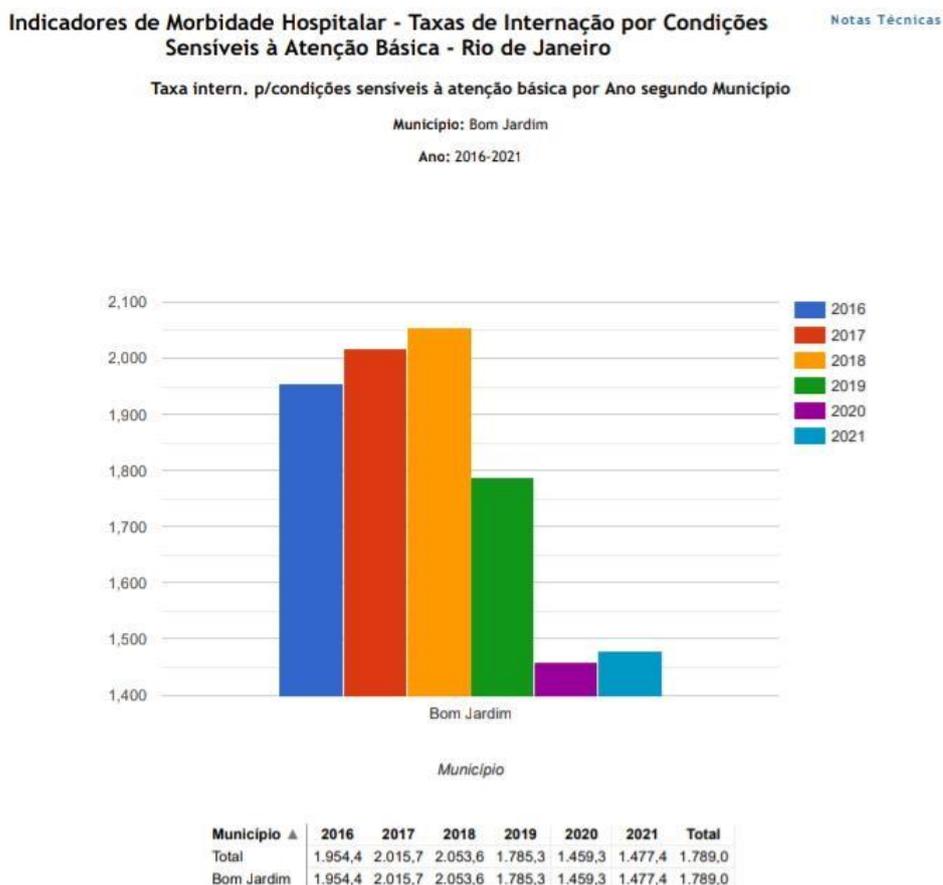
Período: Jun/2016, Jun/2017, Jun/2018, Jun/2019, Jun/2020, Jun/2021

Ano do atendimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
<b>TOTAL</b>	<b>4.521</b>	<b>4.689</b>	<b>3.432</b>	<b>3.636</b>	<b>1.336</b>	<b>1.951</b>	<b>19.565</b>
2016	4.521	-	-	-	-	-	4.521
2017	-	4.689	-	-	-	-	4.689
2018	-	-	3.432	-	-	-	3.432
2019	-	-	-	3.636	-	-	3.636
2020	-	-	-	-	1.336	-	1.336
2021	-	-	-	-	-	1.951	1.951

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

Observou-se um aumento no primeiro intervalo de análise. Posteriormente, nos anos seguintes houve uma redução nesse quantitativo. Faz-se uma ressalva nos dois últimos anos observados, por terem contemplado período da pandemia em que muitos atendimentos e procedimentos ambulatoriais foram suspensos.

### Gráfico 8 - Internação Hospitalar Bom Jardim



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2022).

A partir dos dados desse item, destacou-se a grande diminuição do ano de 2018 para 2019 e 2019 para 2020. A taxa de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção básica é um item importante para discussão da cobertura da atenção básica e qualidade dessa.

A equipe no núcleo da defensoria para atendimento de demandas da Saúde é composta por três (3) profissionais:

- Defensor público (1)
- Servidores da defensoria (1)

- Servidor da Secretaria Municipal de Saúde (1)<sup>16</sup>

Em relação às demandas foi informado que a maioria é por acesso à medicamentos. Já quanto à prioridade nos atendimentos gerais da Defensoria à saúde foi colocada como prioridade e dentro dela a demanda de transferência para leitos de CTI.

Sobre o fluxo de atendimentos esse é iniciado no núcleo da defensoria no município, onde o cidadão leva sua demanda, que é analisada e encaminhada ao NAT pelo sistema informatizado. A equipe do NAT analisa e devolve com um parecer e a partir daí a equipe da Defensoria orienta o cidadão a como ter acesso ao serviço ou insumo ou se a demanda não for passível de resolução administrativa, é iniciado o trâmite do processo judicial.

- 1) Atendimento ao cidadão na Defensoria
- 2) Encaminhamento da Demanda ao NAT
- 3) Encaminhamento para setor da Secretaria de Saúde ou Judicialização

**Tabela 3 - Dados de Atendimentos Defensoria Pública Bom Jardim - Saúde**

ANOS	Demandas	Resoluções Administrativas	Ajuizamento de Ações
2016	115	34 (31,2%)	75
2017	175	78 (44,8%)	95
2018	112	78 (69,6%)	34
2019	268	168 (62,9%)	99
2020	92	40 (44,0%)	51
2021	175	106 (60,6%)	69

Fonte: Adaptado de Relatório consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS Interior (2021)

O período da pandemia de covid-19 traduziu em uma diminuição na porcentagem de resoluções administrativas. Esse fator pode estar relacionado a um aumento de demandas urgentes, como leitos de CTI, por exemplo.

Outro dado importante que também converge com o período pandêmico, mais precisamente o ano de 2020 houve uma grande diminuição na quantidade de demandas que chegaram ao órgão. Esse fator pode estar relacionado ao próprio contexto em que muitos procedimentos foram adiados e cancelados, a orientação ao isolamento social e também a modalidade do atendimento da Defensoria que passou a ser também remoto.

<sup>16</sup> Pontou-se que essa disposição foi estipulada recentemente e quão logo do início da pandemia até a realização da entrevista o servidor da secretaria de saúde ficou na secretaria, fornecendo suporte remoto, devido espaço físico e orientação de quantitativo de profissionais.

Enquanto facilitadores para o curso da experiência no município foram apontadas a disponibilidade da secretaria de saúde para o contato e diálogo nos casos em que se demandou a mesma e o suporte do NAT nos pareceres e direcionamentos.

Nós temos formação jurídica e muitas vezes não conseguimos entender nem o que o médico tá pedindo, qual é o procedimento que o assistido deve fazer. Às vezes ele vem aqui para judicializar e às vezes bastava ele preencher um formulário em algum lugar e o NAT informa isso pra gente e aí a gente consegue ajudar. (P5)

Enquanto desafios e obstáculos para experiência foram apontados:

- Desencontro de informação aos usuários do acesso à serviços e insumos
- Falta de médicos

Esse último ponto pode relacionar-se com a taxa de consultas médicas, trazidas no início dos dados de saúde do município em que foi observada uma redução.

Foi relatada certa desorganização no fluxo e orientação ao cidadão sobre acesso aos serviços e insumos

[...] por vezes direciona para a Defensoria questões que poderiam ser resolvidas por eles, às vezes a gente nem judicializa, só faz a ponte entre o assistido e o município para que seja resolvido o problema. (P5)

Esse apontamento reflete uma questão prejudicial ao usuário que por vezes devido a falta de acesso à informação fica circulando por vários serviços.

A falta de médicos no SUS, em muitos casos o município não dispõe daquela especialidade e isso atrasa o processo pois o assistido precisa levar um laudo médico. (P5)

Houve também o apontamento o relato sobre demanda por medicamentos que mescla tanto desafios quanto facilitadores da experiência:

Muitas vezes o parecer do NAT é que o medicamento é dispensado pelo município e o assistido informa pra gente que já foi lá e não conseguiu retirar, e aí a gente começa o contato com a secretaria de saúde, com esse servidor pra ver o que tá acontecendo. (P5)

Esse ponto da entrevista demonstra certa fragilidade em rede, no acesso à informação e sobretudo no cumprimento da previsão legal e que muitas vezes a resolução fala mais sobre atar pontos e nós de rede entre políticas em cunho dialógico à luz do direito, que uma judicialização.

### 3.2.5 Possibilidades e limites do projeto

Durante as entrevistas os atores apontaram que a experiência é exitosa principalmente em alguns aspectos

- Diálogo entre entes do judiciário e da saúde
- Econômico
- Social
- Planejamento da Política Pública

As entrevistas revelaram que o que antes da experiência era uma dificuldade, a partir dela tornou-se possível, houve um encurtamento de distância entre defensores públicos e secretários de saúde, por exemplo como afirma uma das pessoas entrevistadas: [...] “gente, tinha defensor que nunca tinha visto um secretário de saúde, olha só né. Como atuar assim? não tem como, e aí eu aproximava os defensores dos secretários” (P1). A partir de então foi possível a interlocução, e um melhor entendimento do papel de cada um à luz da garantia do direito da população.

O projeto também foi positivo quando se fala do aspecto econômico ao passo que uma solução administrativa de um conflito evita um processo judicial e se traduz em economia aos cofres públicos.

Os cidadãos, usuários dos serviços daquela política pública a partir do que o projeto se propõe, podem ter tanto a garantia de seu pleito imediato quanto a garantia do acesso àquele direito amplamente. Pois imagine que, por exemplo, a demanda trata-se de um medicamento que está em falta e é uma demanda de grande número de pessoas daquele município ou ser revelada a demora na realização de determinado exame, que ao se investigar revela-se que o aparelho é o único e esse encontra-se quebrado. Então a atuação conjunta da defensoria e secretaria municipal de saúde pode inclusive evitar que aquele cidadão precise retornar ao órgão ou que fique circulando por diversas unidades em busca da resolução de sua demanda, para acesso ao direito.

Ainda dentro do contexto social, a partir do êxito do projeto com suas ações amplas, é possível que por tabela a rede de atendimento em saúde local busque maior organização, o que facilita aos usuários o acesso aos serviços. Uma possibilidade é o aumento do prestígio das instituições e entendimento dessas enquanto realmente unidades garantidoras dos direitos dos usuários.

Atuar de modo preventivo e dialógico possibilita se antecipar e evitar grandes gastos, a partir da avaliação das demandas que chegam à Defensoria, somada à avaliação da própria política pública.

Avalia-se que o projeto tem possibilidade de ampliação para demais municípios, considerando o custo zero e dados de efetividade

Quanto aos limites desse projeto os atores apontaram algumas questões que dificultam a expansão e limitam a atuação, abaixo são trazidos alguns aspectos:

- Recursos Humanos
- Desorganização da política de saúde no município
- Questões políticas

Em todas as entrevistas foi apontado como fundamentais o suporte do NAT e dos profissionais das secretarias de saúde municipais que atuam junto à Defensoria. A expansão do projeto produz um conseqüente aumento de demanda de pareceres para o NAT na capital, setor esse que possui uma equipe reduzida. Desse modo foi apontado como um problema o déficit de pessoal, a falta de concurso público.

Percebeu-se que os caminhos escolhidos e traçados foram a partir de estratégias para não haver custos financeiros ao município ou aos Estado, além de buscar qualificar a atuação do defensor público na área da saúde, possibilitar mais agilidade no encaminhamento e resolução das demandas dos cidadãos, passar a adotar a judicialização somente se não tiver resolvido a demanda pela via administrativa e esses fatores só foram possíveis a partir da aproximação e interlocução local na atuação entre judiciário (defensor público local) e saúde (servidor da secretaria municipal de saúde lotado na defensoria do município).

Desse modo, o estreitamento das relações da Defensoria Pública com o Poder Executivo na saúde principalmente com gestores municipais e o processo de capacitação dos defensores foram processos importantes para concretização dos resultados provenientes da experiência desenvolvida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo dos direitos constitucionais em seu largo arcabouço foi uma conquista, consequência do processo de lutas e disputas. Em se tratando de cidadania e direitos constitucionais, a Saúde é um direito caro e fundamental, relacional ao direito à vida. Observar o percurso da conquista do direito à saúde revela sua amplitude e como precisa se relacionar com demais direitos para sua realização, como ao saneamento, à moradia e que a realização e concretização de outros direitos, em sua plenitude, dependem do ou são mais dignamente exercidos se o direito à saúde tiver garantido. Revela assim a importância da articulação entre as diferentes políticas e programas sociais, os quais dão concretude à garantia dos direitos.

Diante dessa gama e amplitude de possibilidades dentro dos legítimos direitos conquistados na carta constituinte, é posto o desafio da realização desses, sobretudo do Direito à Saúde, na garantia desse acesso, em respeito aos princípios e diretrizes do SUS em um país com dimensões continentais e diverso. Desafio esse que se fez maior diante do atravessamento da ideologia e projeto neoliberal a partir de 1990, que veio trazer limites aos avanços, com um projeto em favor do grande capital, indo de encontro a realização e ampliação das políticas sociais, traduzindo no âmbito do SUS em muitos reducionismos, limite e redução de gastos públicos, afetando o planejamento em saúde e refletindo-se para a população em um cenário de dificuldade em determinado atendimento, demora para acesso à medicamentos e procedimentos, etc.

Os direitos constitucionais são caros à democracia e a todos os cidadãos, sendo fundamental a luta pela garantia desses. A política de saúde colocada pelo texto constitucional como direito de todos e dever do Estado sofre uma série de ataques e alguns direcionamentos que por vezes vão de encontro ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. É portanto diante da morosidade ou do não acesso pelos usuários dos serviços do SUS e da precarização desses que os cidadãos passam a recorrer à justiça.

A resposta judicial tem sido em sua maioria centrada na figura do juiz, com soluções pontuais e imediatistas e não acompanhada de ações de prevenção que busque solucionar demandas sem judicializar, o que se chamou de judicialização clássica/tradicional. Observou-se que para demandas coletivas ou construção e ampliação de ações e serviços da política de saúde, otimização desses para um maior,

melhor mais desburocratizado acesso, a judicialização individualizada e pontual, não contempla.

Diante de tal contexto a população buscando atender às suas necessidades e demandas legítimas, viu no judiciário um meio para tal objetivo, que para além da judicialização da saúde e sua problematização, revela também o aspecto do acesso à justiça. Nesse ínterim, no movimento e relação entre população, saúde (gestão e prestação de serviço) e judiciário foi se criando um avolumar de ações judiciais com demandas na saúde inicialmente muito na base do cumpra-se, sem vislumbrar onde poder-se-ia chegar e observar a raiz.

Gerando, pois um cenário delicado, necessário de reflexão pois a população em muitos casos mesmo com ação judicial em curso, permanecia a morosidade e dificuldade no acesso, o município com um quantitativo de multas crescentes, e o judiciário muitas vezes lidando com demandas repetidas, de diferentes usuários e um avolumar de processos e ainda muito realizando a função *reativa* somente. É nesse cenário que se percebeu que era preciso repensar a judicialização como vinha ocorrendo e alternativas à elas, para que não seja uma única alternativa.

Sendo assim, é importante pensar outras formas de resolução dessas demandas apresentadas pelos cidadãos e ainda ter a possibilidade de antecipar algumas questões e resoluções, a partir do diálogo, da pesquisa e do planejamento em conjunto, no sentido de prevenir a judicialização e promover o acesso ao SUS, por exemplo, dialogando entre os entes do judiciário e da saúde.

Dessa forma a perspectiva dos diálogos institucionais vem crescendo e passa a ser estudada e experimentada, a partir de seus êxitos na área da saúde e do direito. Busca-se a partir do diálogo entre as instituições, soluções à luz do direito para resolução da demanda. As práticas de diálogo institucional trazem uma possibilidade de “gestão participativa”, de discussão e colaboração entre instituições. Nesse sentido buscou-se uma iniciativa prática na área da justiça e saúde que tenha a proposta dialógica para a análise.

Nessa pesquisa verificou-se, a partir do projeto construindo o SUS com a defensoria pública, a aplicação da perspectiva dialógica na área do direito à saúde podem ser de fato eficaz na melhoria da garantia do acesso da população aos serviços e

insumos dessa política pública, uma maior racionalidade na área da judicialização em saúde e a partir da aproximação entre judiciário e secretaria municipal de saúde o início de ações mais propositivas de planejamento e um pesar junto a política de saúde regional.

A partir da compreensão da saúde em seu sentido amplo e do reconhecimento que é um direito que deve ser relacionado e articular com os demais e ainda da observância, a partir de dados e estudos, os quais revelam o crescente na judicialização da saúde e que essa nem sempre tem garantido o acesso amplo e integral, viu-se o potencial da defensoria pública na ação desse projeto que busca dialogicamente a resolução e o prevenir de entraves no que tange a garantia do acesso à saúde, a partir da articulação direta com gestores municipais.

Vale ressaltar que a visão ampliada dos atores envolvidos contribuiu para o desenvolvimento de iniciativas dialógicas que buscassem aproximar o direito e a saúde enquanto áreas de conhecimento essenciais para o melhor manejo do fenômeno da judicialização, apontando possibilidades concretas de trabalho conjunto.

O processo de operacionalização da experiência possibilita pareceres mais fundamentados e encaminhamentos mais assertivos, ao passo que o defensor público tem o suporte técnico de profissional da área da saúde e torna possível aumento na resolução administrativa das demandas e conseqüente diminuição da judicialização.

Há obviamente desafios a serem enfrentados, como mudanças de gestões municipais com propostas e interesses diferenciados, colocam como necessários uma espécie de recomeço nas negociações e estabelecimentos de parcerias e diálogos, um reconstruir. Desafios também de certo modo inerentes à própria proposta dialógica que implica, ao cabo, a disponibilidade dos entes envolvidos na construção de uma nova forma de operacionalizar à luz da garantia do direito à saúde, caminhando sobre o solo do diálogo.

Sendo assim, aposta-se na relevância desse projeto que conjuga tanto a perspectiva da saúde, ao trabalhar objetivando a garantia de um direito constitucional fundamental e inovador na perspectiva do judiciário ao passo que busca à luz do direito soluções extrajudiciais que conjuguem a concretização do direito da população prioritariamente sem o processo judicial. Trazendo desse modo um novo e mais ampliado olhar para a relação entre justiça e saúde ao inserir a perspectiva da juridicização e do diálogo, promovendo uma aproximação entre judiciário e gestor

público local numa proposta de cooperação com o objetivo final de garantia do acesso à saúde.

## REFERÊNCIAS

AJOUZ, I. ; CAVALCANTE, C. M. Parâmetros para o enfrentamento de demandas judiciais no âmbito da saúde: A aplicação teórica no caso Soliris. **Aquila (Rio de Janeiro)**, v. 12, p. 2015-29, 2015.

AMARAL, Márcia A.; Conversações para a Ação: um Desafio a Superar para o Fortalecimento do SUS; In: **Coletânea direito à saúde: Boas práticas e diálogos institucionais/** Organizadoras: Alethele de Oliveira Santos/ Lucia Toledo Lopes; Brasília-DF, Pág. 292; CONASS, 2018.

ASENSI, Felipe Dutra. Juridicização das relações sociais e Ministério Público: novas estratégias e desafios na efetivação do direito à saúde. **Dissertação (Mestrado em Sociologia)** – IUPERJ, Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_; Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde; **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 1 ]: 33-55, 2010.

\_\_\_\_\_; Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas**, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

ASENSI, Felipe Dutra et al.; Ministério Público e estratégias de efetivação do direito à saúde no Brasil. Unisul de fato e de direito. **Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, v. 6, n. 10, p. 43-68, 2015.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni; A juridicização da saúde e o Ministério Público; **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**; Porto Alegre n. 63; p. 113-149; maio/set. 2009.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes; **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3) pag. 829-839, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>.

Acesso em 11 Jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em:

< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 11 Jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm) >. Acesso em 11 Jan. 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630). Acesso em: 11 fev. 2022.

BÔAS Filho, Orlando Villas. A judicialização da política como instrumento de contenção da degradação populista da legitimidade democrática; **R. Fac. Dir. Univ. São Paulo** v. 115 p. 273 - 312 jan./dez. 2020

Impactos Orçamentários da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde. BUISSA, Leonardo, BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique Barbosa Borges. In.:SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. **Coletânea Direito à Saúde (vol.2)** – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. Brasília (DF): CONASS, outubro de 2018.

CNJ. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

COMMAILLE, Jacques; DURAN, Patrice. Pour une sociologie politique du droit: présentation. **L'Année Sociologique**, Paris, v. 59, n. 1, p. 11-28, 2009.

DALLARI, S.G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista Saúde pública**, São Paulo, 22:327-34, 1988.

ESTEVES, Diogo. SILVA, Franklyn Roger Alves. AZEVEDO, Júlio Camargo de Azevedo. WATANABE, Kazuo. LIMA, Marcus Edson de. SADEK, Maria Tereza. SILVA, Nicholas Moura e. MENEGUZZO, Camylla Basso Franke. JIOMEKE,

Leandro Antonio. Pesquisa Nacional da Defensoria Pública 2021, Brasília: DPU, 2021. Análise por UF Disponível em <<https://pesquisanacionaldefensoria.com.br/pesquisa-nacional-2020/analise-por-unidade-federativa/defensoria-publica-do-estado-do-rio-de-janeiro/>>. Acesso em 16 Mai. 2022

GERSCHMAN, S. O Processo de Implementação da Reforma Sanitária. In: **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 179-197. ISBN: 978-85-7541-537-5. <https://doi.org/10.7476/9788575415375.0008>. Acesso em 5 Jan. 2022.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GONTIJO, Guilherme Dias; A judicialização do direito à saúde; **Revista Médica de Minas Gerais**; 20(4): 606-611; 2010.

LIMA, Sônia Lúcio Rodrigues de. Movimentos Sociais e a Cidade: determinantes e condicionantes da ação coletiva na atualidade. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.) **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI; Cláudia Medina. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. In. **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 1678-4464.34 n.º.7. Rio de Janeiro, Julho 2018. Disponível em <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/497/sistema-unico-de-saude-30-anos-de-avancos-e-desafios>>. Acesso em 06 Jan. 2022.

MACHADO, F. R. de S.; Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil . *Revista De Direito Sanitário*, 9(2), 73-91. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i2p73-91>; 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994. P. 9-30

\_\_\_\_\_. et. al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de.; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (org.) **Avaliação por Triangulação de Métodos - Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-104.

MORAES, Israel Silva de. Judicialização da Saúde: Como reduzir os gastos do Ministério da Saúde? - <Dissertação> **PPGA Programa de Pós-Graduação em Administração**, Mestrado Profissional em Administração Pública - Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2016.

NETO, Otávio Cruz. O Trabalho de Campo Como Descoberta e Criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994 p. 51-66.

NORONHA José Cavalcante, LIMA Luciana Dias, MACHADO Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, ESCOREL, LOBATO, NORONHA, CARVALHO (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 435-472.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata 1978. **Revista Saúde em Foco** (Rio de Janeiro), [S.l.], v. 3, n. 1, p. 24-26, jul. 2018. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/443>>. Acesso em 10 Jan. 2022.

PANDOLFO, M; DELDUQUE, M. C; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. Salud Pública [online]**, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012.

POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues; TAVARES, Cláudia Mara de Melo; Judicialização, juridicização e mediação sanitária: reflexões teóricas do direito ao acesso aos serviços de saúde; **Revista Pró-univerSUS**. 08 (1): 38-43; Jan./Jun 2017.

**Prêmio Innovare edição XIII**. Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <<https://www.premioinnovare.com.br/praticas/2306>>. Acesso em 30 Out. 2019.

RIO DE JANEIRO. **Relatório Consolidado da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do interior (Agosto 2021)**. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em <<https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus>>. Acesso em 17 Mai 2022.

ROCHA, Carlos; SILVA, Martinho, ASENSI, Felipe D.; Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória; **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.27, n.1, p.201-214, 2018

SANT'ANA Ramiro Nóbrega. Saúde, Desigualdade e Judicialização: Vamos ou não Vamos Dar Instrumentos para a Insurgência dos Excluídos? In.:SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. **Coletânea Direito à Saúde (vol.2)** – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. Brasília (DF): CONASS, outubro de 2018.

SOARES, CORREIA, SANTOS. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. In **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021

SCHULZE, Martin; A Desjudicialização da Saúde no Rio Grande do Sul: Cabal Redução do Número das Ações Ativas e Estratégia de Interiorização; In.:**Coletânea direito à saúde: Boas práticas e diálogos institucionais/** Organizadoras: Alethele de Oliveira Santos/ Lucia Toledo Lopes; Brasília-DF, Pág. 292; CONASS, 2018.

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Comitê Estadual de Saúde. **Dados Estatísticos,2013- 2022**. Dados organizados pela Divisão de Coleta e Tratamento de Dados –

DICOL do Departamento de Informações Gerenciais da Prestação Jurisdicional – DEIGE. Disponível em <<http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/comite-estadual-de-saude/dados-estatisticos>>. Acesso em 16 Mai. 2022.

TEUBNER, Gunther. Juridification: concepts, aspects, limits, solutions. In: TEUBNER, Gunther (ed.). **Juridification of social spheres: a comparative analysis in the areas of labor, corporate, antitrust and social welfare law**. Berlin: Walter de Gruyter, p. 3-48; 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 9 Fev. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do Novo Regime Fiscal Para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e Para Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômico Aplicada. Nota Técnica nº 28. Brasília. Setembro, 2016. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>. Acesso em 07 Fev. 2021.

VIEIRA, Marcelo Luciano; SÁ, Laisa Naiara Euzébio de. O processo de judicialização da Saúde e o desafio da garantia do acesso enquanto direito. In. **Assistência social e**

**direitos humanos**, volume 2 [recurso eletrônico] / organização Sindely Alchorne. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020.

XIMENES, Julia Maurmann. A tensão entre juridicização e judicialização do direito à Educação Superior; **Prisma Jur.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 125-152, jan./jun. 2016.

## ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



(Pág. 1 de 2)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“Juridicização, Direito à saúde, e gestão municipal do SUS: desenvolvendo um Estudo de caso sobre uma experiência da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”**, coordenada pelo Professor Felipe Dutra Asensi. Este estudo tem por objetivo analisar a experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro” (DPERJ) desenvolvida pela Coordenação de Saúde da Defensoria que busca ampliar a resolução extrajudicial das demandas administrativas em saúde.

Você foi selecionado(a) por ser participante direto de uma das experiências. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A sua participação não é remunerada nem implicará em gastos. Eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Assegura-se que a entrevista será realizada em local apropriado com garantia de privacidade e sigilo, sendo prioritariamente em ambiente virtual em plataforma Zoom ou Google meet, devido às recomendações e medidas de proteção e distanciamento decorrentes do atual contexto pandêmico da COVID-19.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em:

- a) conceder entrevista com tempo estimado de 1h, que será gravada para auxiliar a análise do material coletado;
- b) fornecer documentos e demais fontes de informação que considere relevantes para o objetivo da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos que participaram da pesquisa. Esta cláusula de sigilo se estende também para fontes documentais compartilhadas em caráter privado, após ou durante as entrevistas. Havendo compartilhamento de documentos que requeiram tratamento sigiloso, o mesmo será garantido mediante apresentação de termo de compromisso da manutenção da confidencialidade dos dados por parte do pesquisador responsável.

Os dados da pesquisa serão mantidos sob guarda e responsabilidade do pesquisador em arquivo digital por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa se limitam a possibilidade de haver algum desconforto em responder alguma questão. Os benefícios envolvem a contribuição para a promoção do conhecimento científico acerca da judicialização da saúde e experiências de diálogos institucionais no estado do Rio de Janeiro.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas.

Rubrica Pesquisador:

Rubrica Entrevistado:

**ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Pág. 2 de 2)

No caso da entrevista ocorrer de forma virtual, o documento será ser enviado por email, já assinado pelo pesquisador responsável, para que o entrevistado proceda a impressão, assinatura e digitalização ou registro fotográfico para reenvio por email ao pesquisador, ou ainda; caso o entrevistado prefira, esse mecanismo poderá ser substituído pela leitura na íntegra do TCLE no momento inicial da entrevista e a concordância verbal do entrevistado, com envio de cópia assinada pelo pesquisador para o entrevistado.

Informa-se que o projeto de pesquisa em tela foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 48151521.1.0000.5260)

Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o Coordenador da Pesquisa nos contatos abaixo:

Coordenador da Pesquisa: Felipe Dutra Asensi.

Email:

Telefone:

Fica ainda disponibilizado o contato do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, através do email: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com). Este Comitê possui registro atualizado aprovado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e visa analisar, avaliar e acompanhar os projetos de pesquisa no âmbito das questões éticas neles envolvidas.

Ao assinar esse termo, ou proferir concordância verbal no ato da entrevista após sua leitura na íntegra, você declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e que concorda em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

NOME DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA:

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TCLE:

ASSINATURA:

## ANEXO II – ROTEIRO DE PERGUNTAS



### Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo de formado:

Cargo:

Tempo no cargo:

#### QUESTÕES PROFISSIONAIS

1. O que você entende por direito a saúde?
2. Qual o seu papel na efetivação do direito à saúde?
3. Como você passou a trabalhar com saúde?
4. Fez alguma capacitação específica na área do direito à saúde?
5. Quais os maiores obstáculos no seu cargo?
6. Quais os parceiros (institucionais)?
7. Quais são os critérios para definir prioridades no seu trabalho?
8. Você acha que o Judiciário acolhe as demandas da população? Como?
9. Você acha que a sua instituição acolhe as demandas da população? Como?  
*(pergunte apenas para aqueles que não fazem parte do Judiciário)*

#### QUESTÕES DA EXPERIÊNCIA

10. Há quanto tempo a experiência foi implementada?
11. Como foi o processo e as estratégias para o surgimento da experiência?
12. Quais são os atores envolvidos na experiência e o papel que desempenham?
13. Quais os fatores que contribuíram para a experiência?
14. Quais os grandes desafios e obstáculos para a formação e desenvolvimento atual da experiência?
15. Quais os grupos da sociedade civil relacionados à saúde que você acha que mais se relacionam com a experiência?
16. Como você acha que os demais participantes da experiência veem a sua atuação?
17. Pondere sobre a eficácia dos instrumentos legais para a garantia do direito à saúde a partir da experiência.



18. Na sua perspectiva, a experiência pode contribuir para o fortalecimento das Redes de Atenção à saúde? Se sim, de que forma?
19. Quais as principais mudanças que você destacaria que ocorreram após o desenvolvimento da experiência no seu município (ou nos municípios conveniados) em termos da judicialização e da efetivação do direito à saúde?
20. Do seu ponto de vista quais os maiores empecilhos para o adequado acesso aos meios para garantia da saúde pela população?